

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

**- LIBROS SOBRE SINDROMES DE
FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS
Y PSICOLÓGICOS.-**

-AUTORES:

- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON .

- Doctor en Medicina.

- Cátedras de:

- Anestesiología

- Cuidados Intensivos

- Neuroanatomía

- Neurofisiología

- Psicofisiología

- Neuropsicología. y

PSI. LIC. CARLA FERNANDEZ.

- 9 TOMOS -

- TOMO IX -

-AÑO 2019- 1ª Edición Virtual: (.2019- 11)-

- MONTEVIDEO, URUGUAY.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 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: henribar103@montevideo.com.uy.; henribar204@gmail.com.

-Montevideo, 15 de noviembre de 2019.

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

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FÁTIGA CRÓNICA .

- TOMO IX -

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- **ÍNDICE.**
- **PROLOGO.**
- **INTRODUCCIÓN.**
- **LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA. -**
- **TOMO I -**
- **INDICE.-**
- **CAPÍTULO I- 1)- GENERALIDADES. -**
- **[1.1\)- Clasificación.](#)**
- **[1.2\)- Epidemiología.](#)**
- **[1.3\)- Etiología.](#)**
- **[1.4\)- Cuadro Clínico.](#)**
- **[1.5\)- Evolución.](#)**
- **[1.6\)- Diagnóstico.](#)**
- **[1.6.1\)- Criterios Diagnósticos.](#)**
- **[1.6.1.1\)- Criterios Diagnósticos de Fukuda \(1994\).](#)**
- **[1.6.1.2\)- Criterios de Consenso Canadiense \(2006\).](#)**
- **[1.6.1.3\)- Criterios de Jason \(2007\).](#)**
- **[1.6.1.4\)- Criterios del Consenso Internacional \(2011\).](#)**
- **[1.6.1.5\)- Criterios de la Academia Nacional de Medicina de Estados Unidos \(2015\).](#)**
- **[1.7\)- Tratamiento.](#)**
- **[1.7.1\)- Terapia Cognitivo Conductual.](#)**
- **[1.7.2\)- Ejercicio Físico Gradual.](#)**
- **[1.7.3\)- Controversia: Terapia Cognitivo-conductual y Ejercicio Gradual.](#)**
- **[1.7.4\)- Alimentación.](#)**
- **[1.7.4.1\)- Antioxidantes.](#)**
- **[1.7.4.2\)- Intolerancias Alimentarias.](#)**
- **[1.7.5\)- Terapias Alternativas y/o Complementarias.](#)**
- **[1.8\)- Véase También.](#)**
- **[1.9\)- Referencias.](#)**
- **1.10)- Bibliografía.**
- **[1.11\)- Enlaces Externos.](#)**
- **CAPÍTULO II: -2)- FIBROMIALGIA.-**
- **[2.1\)- Historia.](#)**
- **[2.2\)- Clasificación.](#)**
- **[2.3\)- Epidemiología.](#)**
- **[2.4\)- Etiología.](#)**

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [2.4.1\)- Sistema Nervioso Central.](#)
- [2.4.2\)- Sistema Neuroendocrino.](#)
- [2.4.3\)- Trastornos del Sueño.](#)
- [2.4.4\)- Factores Genéticos.](#)
- [2.4.5\)- Factores Psiquiátricos.](#)
- [2.4.6\)- Sensibilidad al Gluten No Celíaca.](#)
- [2.4.7\)- Otras.](#)
- [2.5\)- Patogenia.](#)
- [2.6\)- Cuadro Clínico.](#)
- [2.6.1\)- Dolor.](#)
- [2.6.2\)- Trastornos Psíquicos.](#)
- [2.6.3\)- Cansancio y Fatiga.](#)
- [2.6.4\)- Enfermedades Asociadas.](#)
- [2.7\)- Diagnóstico.](#)
- [2.7.1\)- Criterios de Fibromialgia.](#)
- [2.8\)- Diagnóstico Diferencial.](#)
- [2.9\)- Tratamiento.](#)
- [2.9.1\)- Tratamiento Farmacológico.](#)
- [2.9.1.1\)- Antidepresivos Tricíclicos.](#)
- [2.9.1.2\)- Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina.](#)
- [2.9.1.3\)- Antidepresivos Inhibidores Duales de la Recaptación de la Serotonina y la Noradrenalina.](#)
- [2.9.1.4\)- Inhibidores Reversibles de la Monoaminooxidasa.](#)
- [2.9.1.5\)- Antiinflamatorios No Esteroidales.](#)
- [2.9.1.6\)- Antiepilépticos.](#)
- [2.9.1.7\)- Terapia Hormonal.](#)
- [2.9.2\)- Tratamientos No Farmacológicos.](#)
- [2.9.2.1\)- Dieta Sin Gluten.](#)
- [2.10\)- Véase También.](#)
- [2.11\)- Bibliografía.](#)
- [2.12\)- Referencias.](#)
- [2.13\)- Enlaces Externos.](#)
- **CAPÍTULO II: -2)- FIBROMIALGIA.-**
- [2.1\)- Historia.](#)
- [2.2\)- Clasificación.](#)
- [2.3\)- Epidemiología.](#)
- [2.4\)- Etiología.](#)
- [2.4.1\)- Sistema Nervioso Central.](#)
- [2.4.2\)- Sistema Neuroendocrino.](#)
- [2.4.3\)- Trastornos del Sueño.](#)
- [2.4.4\)- Factores Genéticos.](#)
- [2.4.5\)- Factores Psiquiátricos.](#)
- [2.4.6\)- Sensibilidad al Gluten No Celíaca.](#)
- [2.4.7\)- Otras.](#)
- [2.5\)- Patogenia.](#)
- [2.6\)- Cuadro Clínico.](#)
- [2.6.1\)- Dolor.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [2.6.2\)- Trastornos Psíquicos.](#)
- [2.6.3\)- Cansancio y Fatiga.](#)
- [2.6.4\)- Enfermedades Asociadas.](#)
- [2.7\)- Diagnóstico.](#)
- [2.7.1\)- Criterios de Fibromialgia.](#)
- [2.8\)- Diagnóstico Diferencial.](#)
- [2.9\)- Tratamiento.](#)
- [2.9.1\)- Tratamiento Farmacológico.](#)
- [2.9.1.1\)- Antidepresivos Tricíclicos.](#)
- [2.9.1.2\)- Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina.](#)
- [2.9.1.3\)- Antidepresivos Inhibidores Duales de la Recaptación de la Serotonina y la Noradrenalina.](#)
- [2.9.1.4\)- Inhibidores Reversibles de la Monoaminooxidasa.](#)
- [2.9.1.5\)- Antiinflamatorios No Esteroidales.](#)
- [2.9.1.6\)- Antiepilépticos.](#)
- [2.9.1.7\)- Terapia Hormonal.](#)
- [2.9.2\)- Tratamientos No Farmacológicos.](#)
- [2.9.2.1\)- Dieta Sin Gluten.](#)
- [2.10\)- Véase También.](#)
- [2.11\)- Bibliografía.](#)
- [2.12\)- Referencias.](#)
- [2.13\)- Enlaces Externos.](#)
- TOMO II. -
- CAPÍTULO III: - 3)- SISTEMA INMUNITARIO.-
- [3.1\)- Terminología.](#)
- [3.2\)- Órganos Primarios y Secundarios.](#)
- [3.3\)- Líneas Inmunitarias de Defensa.](#)
- [3.4\)- Características del Sistema Inmunitario.](#)
- [3.5\)- Barreras Superficiales y Químicas.](#)
- [3.6\)- Inmunidad Innata.](#)
- [3.6.1\)- Barreras Humorales y Químicas.](#)
- [3.6.1.1\)- Fiebre.](#)
- [3.6.1.2\)- Inflamación.](#)
- [3.6.1.3\)- Sistema del Complemento.](#)
- [3.6.2\)- Barreras Celulares del Sistema Innato.](#)
- [3.7\)- Inmunidad Adaptativa o Adquirida.](#)
- [3.7.1\)- Linfocitos.](#)
- [3.7.1.1\)- Linfocitos T Citotóxicos.](#)
- [3.7.1.2\)- Linfocitos T Colaboradores.](#)
- [3.7.1.3\)- Células T y \$\delta\$.](#)
- [3.7.1.4\)- Anticuerpos y Linfocitos B.](#)
- [3.7.1.5\)- Sistema Inmunitario Adaptativo Alternativo.](#)
- [3.7.2\)- Memoria Inmunitaria.](#)
- [3.7.2.1\)- Inmunidad Pasiva.](#)
- [3.7.2.2\)- Inmunidad Activa e Inmunización.](#)
- [3.8\)- Trastornos de la Inmunidad Humana.](#)
- [3.8.1\)- Inmunodeficiencias.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [3.8.2\)- Autoinmunidad.](#)
- [3.8.3\)- Hipersensibilidad.](#)
- [3.9\)- Otros Mecanismos de Defensa del Huésped.](#)
- [3.10\)- Inmunología de Tumores.](#)
- [3.11\)- Regulación Fisiológica.](#)
- [3.12\)- Manipulación en la Medicina.](#)
- [3.13\)- Manipulación Por los Patógenos.](#)
- [3.14\)- Historia de la Inmunología.](#)
- [3.15\)- Véase También.](#)
- [3.16\)- Bibliografía.](#)
- [3.17\)- Referencias.](#)
- [3.18\)- Enlaces Externos.](#)
- **CAPÍTULO IV: -4)- SISTEMA NEUROLOGICO.-**
- [4.1\)- Neurólogos Destacados.](#)
- [4.1.1T\)- Thomas Willis.](#)
- [4.1.2\)- Jean-Martin Charcot.](#)
- [4.1.3\)- Edward Flatau.](#)
- [4. 2\)- Otros Neurólogos o Médicos Especialistas Que Han Contribuido a la Neurología.](#)
- [4.3\)- Diagnóstico del Sujeto Con Enfermedad Neurológica.](#)
- [4.3.1\)- Método Clínico en la Neurología.](#)
- [4.4\)- Exploración Neurológica.](#)
- [4.4.1\)- Procedimientos de Exploración y Diagnóstico.](#)
- [4.5\)- Trabajo Clínico.](#)
- [4.5.1\)- Casos en General.](#)
- [4.5.2\)- Áreas Destacadas.](#)
- [4.5.3\)- Relaciones a la Neurofisiología Clínica.](#)
- [4.5.4\)- Superposición Con la Psiquiatría](#)
- [4.6\)- Efectos del Envejecimiento Cobre el Sistema Nervioso.](#)
- [4.7\)- Neurología cosmética.](#)
- [4-8\)- Temas Relacionados.](#)
- [4.9\)- Véase También](#)
- [4.10\)- Referencias.](#)
- [4.11\)- Bibliografía.](#)
- [4.12\)- Enlaces Externos.](#)
- [4.,12.1\)- Documentales.](#)
- **CAPÍTULO V: -5)- APARATO CIRCULATORIO.-**
- [5.1\)- Sistema Cardiovascular Humano.](#)
- [5.1.1\)- Funciones del Sistema Circulatorio.](#)
- [5.1.2\)- Vasos Sanguíneos.](#)
- [5.1.3Sangre y linfa](#)
- [5.1.4\)- Corazón Humano](#)
- [5.1.5\)- Ciclo Cardíaco.](#)
- [5.1.6\)- Circulación Pulmonar.](#)
- [5.1.7\)- Circulación Sistémica.](#)
- [5.1.7.1\)- Circulación Cerebral.](#)
- [5.1.7.2\)- Circulación Renal.](#)
- [5.1.8\)- Sistema Porta-](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 5.1.9)- [Enfermedades del Aparato Circulatorio.](#)
- 5.2)- [Tipos de Sistemas Circulatorios.](#)
- 5.2.1)- [Circulación Cerrada o Abierta.](#)
- 5.2.2)- [Circulación Simple y Doble.](#)
- 5.3)- [Circulación en los Invertebrados.](#)
- 5.4)- [Circulación Sanguínea en los Vertebrados.](#)
- 5.4.1)- [Circulación en Peces.](#)
- 5.4.2)- [Circulación en Anfibios.](#)
- 5.4.3)- [Circulación en Reptiles.](#)
- 5.4.4)- [Circulación en Aves.](#)
- 5.4.5)- [Circulación en Mamíferos.](#)
- 5.5)- [Circulación en las Plantas Vasculares.](#)
- 5.6)- [Véase También.](#)
- 5.7)- [7Notas.](#)
- 5.8)- Referencias.
- 5.9)- Bibliografía.
- 5.10)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO VI: -6)- CATEGORÍA: - SISTEMA CIRCULATORIO.-
- CAPÍTULO VII: - 7)- SISTEMA ENDOCRINO.-
- 7.1)- [Glándulas Endocrinas y Exocrinas.](#)
- 7.1.1)- Sistema Endocrino.
- 7.1.2)- Historia de la Endocrinología.
- 7.1.3)- Endocrinopatías.
- 7.2)- [Hormonas.](#)
- 7.2.1)- [Tipos de Comunicación.](#)
- 7.2.2)- [Propagación y Modos de Acción.](#)
- 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 \(Pars Intermedia\).](#)
- 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.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 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)- [Timo.](#)
- 7.3.8.2)- [Corazón.](#)
- 7.3.8.3)- [Médula Ósea.](#)
- 7.3.8.4)- [Tejido Adiposo.](#)
- 7.4)- [Trastornos Endócrinos.](#)
- 7.5)- [Referencias.](#)
- 7.6)- [Bibliografía.](#)
- 7.7)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO VIII: - 8)- CATEGORÍA : ENDOCRINOLOGÍA.-
- CAPÍTULO IX: - 9)- MEMORIA (PROCESO). -
- 9.1)- [Historia.](#)
- 9.2)- [Fases.](#)
- 9.3)- [Memoria Sensorial.](#)
- 9.4)- [Memoria A Corto Plazo.](#)
- 9.4.1)- [Subsistemas.](#)
- 9.4.2)- [Consecuencias de la Limitación de Recursos.](#)
- 9.5)- [Memoria A Largo Plazo.](#)
- 9.5.1)- [Clasificación Por Tipo de Información.](#)
- 9.5.1.1)- [Memoria No Declarativa \(Implícita\).](#)
- 9.5.1.2)- [Memoria Declarativa \(Explícita\).](#)
- 9.6)- [Los Recuerdos.](#)
- 9.7)- [Patologías.](#)
- 9.7.1)- [Alteraciones Cuantitativas.](#)
- 9.7.1.1)- [Amnesia.](#)
- 9.7.1.2)- [Hipomnesia.](#)
- 9.7.1.3)- [Hipermnesia.](#)
- 9.7.1.4)- [Dismnesia.](#)
- 9.7.2)- [Alteraciones Cualitativas.](#)
- 9.7.3)- [Tratamientos Contra la Pérdida de la Memoria.](#)
- 9.8)- [Mecanismos de Olvido.](#)
- 9.9)- [Los 7 Pecados de la Memoria \(Según Schacter\).](#)
- 9.10)- [Véase También.](#)
- 9.11)- [Referencias.](#)
- 9.12)- [Bibliografía.](#)
- 9.13)- [Bibliografía Complementaria.](#)
- 9.14)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO X: -10)- CONCENTRACIÓN (PSICOLOGÍA).-
- 10.1)- [Concentración y Estudios.](#)
- 10.2)- [Patologías de la Concentración.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [10.3\)- El Estímulo de la Concentración.](#)
- [10.4\)- Véase También.](#)
- 10.5)- Bibliografía.
- [10.6\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XI: -11)- ATENCIÓN.-
- [11.1\)- Características de la Atención.](#)
- [11.2\)- Factores Que Influyen en la Atención.](#)
- [11.2.1\)- Determinante Externos.](#)
- [11.2.2\)- Determinantes Internos.](#)
- [11.3\)- Clasificación.](#)
- [11.3.1\)- Según la Implicación del Sujeto.](#)
- [11.3.2\)- Según el Objeto y el Grado de Activación Psicológica.](#)
- [11.3.2.1\)- Atención Selectiva.](#)
- [11.3.2.2\)- Atención Dividida.](#)
- [11.3.2.3\)- Atención Sostenida.](#)
- [11.4\)- Patologías.](#)
- [11.4.1\)- Alteraciones Cuantitativas.](#)
- [11.4.2\)- Alteraciones Cualitativas.](#)
- [11.4.3\)- Trastorno Por Déficit de Atención Con Hiperactividad \(TDAH\).](#)
- [11.5\)- Referencias.](#)
- [11.6\)- Véase También.](#)
- 11.7)- Bibliografía.
- [11.8\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XII: -12)- CATEGORÍA: PROCESOS NERVIOSOS SUPERIORES.-
- CAPÍTULO XIII: - 13)- CATEGORÍA: NEUROCIENCIA.-
- CAPÍTULO XIV: -14)- ESTRÉS.
- [14.1\)- Historia.](#)
- [14.2\)- Eustrés y Distrés.](#)
- [14.3\)- Fisiopatología.](#)
- [14.3.1\)- Reacciones Psicológicas.](#)
- [14.4\)- Factores Desencadenantes.](#)
- [14.5\)- Endocrinología.](#)
- [14.6\)- Cuadro Clínico.](#)
- [14.6.1\)- Estados de Adaptación.](#)
- [14.6.2\)- Estrés Postraumático.](#)
- [14.7\)- Estrés Laboral.](#)
- [14.8\)- Tratamiento.](#)
- [14.8.1\)- La Resistencia al Estrés.](#)
- [14.9\)- Véase También.](#)
- 14.10)- Bibliografía.
- [14.11\)- Referencias.](#)
- [14.12\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XV: -15)- ACTIVIDAD FÍSICA.
- [15.1\)- Efectos de la Actividad Física.](#)
- [15.2\)- Beneficios de la Actividad Física Moderna.](#)
- [15.3\)- Consecuencias de la Inactividad Física.](#)
- [15.4\)- Actividades.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [15.4.1\)- Actividad Física de 5 a 17 años.](#)
- [15.4.2\)- Actividad Física de 60 años en Adelante.](#)
- [15.5\)- Referencias.](#)
- [15.6\)- Bibliografía.](#)
- [15.7\)- Enlaces Externos.](#)
- TOMO III -
- CAPÍTULO XVI: - 16)- FENÓMENO PSICOSOMÁTICO.-
- [16.1\)- Definición del Concepto.](#)
- [16.2\)- Cuadro Clínico.](#)
- [16.3\)- Etiología Según el Psicoanálisis.](#)
- [16.4\)- Diagnóstico.](#)
- [16.5\)- Diagnóstico Diferencial.](#)
- [16.6\)- Fenómeno Psicossomático Para el Psicoanálisis.](#)
- [16.7\)- Tratamiento.](#)
- [16.8\)- Véase También.](#)
- [16.9\)- Referencias.](#)
- [16.10\)- Bibliografía.](#)
- [16.11\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XVII: - 17)- PSICOANÁLISIS.-
- [17.1\)- Concepto.](#)
- [17.2\)- Definiciones Derivadas de los Tres Aspectos.](#)
- [17.2.1\)- El Psicoanálisis Como Teoría Explicativa.](#)
- [17.2.2\)- El Psicoanálisis Como Método de Investigación.](#)
- [17.2.3\)- El Psicoanálisis Como Terapia.](#)
- [17.3\)- Historia del Psicoanálisis.](#)
- [17.4\)- Técnica Psicoanalítica.](#)
- [17.5\)- Las Tópicas.](#)
- [17.5.1\)- Primera Tópica: Consciente, Preconsciente e Inconsciente.](#)
- [17.5.2\)- Segunda Tópica: el Ello, el Yo y el Superyó.](#)
- [17.6\)- Otros Conceptos del Psicoanálisis.](#)
- [17.6.1\)- Mecanismos de Defensa.](#)
- [17.6.2\)- El Desarrollo Libidinal.](#)
- [17.6.3\)- Desarrollo Sexual Infantil.](#)
- [17.7\)- Alternativas y Escuelas del Psicoanálisis.](#)
- [17.7.1\)- El Psicoanálisis en la Universidad.](#)
- [17.7.2\)- El Psicoanálisis en la Literatura o Semanálisis.](#)
- [17.8\)- Eficacia en el Tratamiento de Trastornos Psicológicos.](#)
- [17.9\)- Críticas al Psicoanálisis.](#)
- [17.9.1\)- Explicaciones Fallidas.](#)
- [17.10\)- Psicoanálisis y Neurociencia.](#)
- [17.11\)- Cine y Psicoanálisis.](#)
- [17.12\)- Véase También.](#)
- [17.13\)- Notas.](#)
- [17.14\)- Referencias.](#)
- [17.15\)- Bibliografía.](#)
- [17.16\)- Enlaces Externos.-](#)
- CAPÍTULO XVIII: - 18)- CATEGORÍA : - TRASTORNOS SOMATOMORFOS.-

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- CAPÍTULO XIX: - 19)- CATEGORÍA : TRASTORNOS NEURÓTICOS; TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS; Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS.-
- CAPÍTULO XX: - 20)- CATEGORÍA : -TRASTORNOS MENTALES.-
- CAPÍTULO XXI: - 21)- CATEGORÍA :- ENFERMEDADES DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA.-
- CAPÍTULO XXII: - 22)- CATEGORÍA :- SÍNTOMAS.-
- CAPÍTULO XXIII: - 23)- CATEGORÍA : - COMPORTAMIENTO HUMANO.-
- CAPÍTULO XXIV: - 24)- CATEGORÍA :- PSICOPATOLOGÍA. -
- CAPÍTULO XXV: - 25)- CATEGORÍA : - SALUD MENTAL.-
- CAPÍTULO XXVI: - 26)- CATEGORÍA:- SALUD.-
- CAPÍTULO XXVII: - 27)- CATEGORÍA :- SEMIOLOGÍA CLÍNICA. -
- CAPÍTULO XXVIII: - 28)- MENTE.-
- [28.1\)-Generalidades.](#)
- [28.2\)- Ontogénesis de la Mente.](#)
- [28.3\)- Trastornos de la Mente.](#)
- [28.4\)- Índices de Tolerancia.](#)
- [28.5\)- Analogías.](#)
- [28.5.1\)- Salvando las Diferencias.](#)
- [28.5.1.1\)- En el Campo de la Informática.](#)
- [28.5.2\)- Describiendo las Similitudes.](#)
- [28.6\)- Principales Sistemas Teóricos.](#)
- [28.7\)- Historia Evolutiva de la Mente Humana](#)
- [28.8\)- Véase También.](#)
- [28.9\)- Notas y referencias](#)
- [28.10\)- Bibliografía adicional](#)
- [28.11\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XIX: - 29)- CATEGORÍA : -MENTE. -
- CAPÍTULO XXX: - COMPORTAMIENTO.
- [30.1\)- Delimitación del Término.](#)
- [30.2\)- Comportamiento en Psicología.](#)
- [30.2.1\)- Conducta.](#)
- [30.2.2\)- Aspectos Psico-sociales.](#)
- [30.3\)- Comportamiento de los Sistemas Sociales.](#)
- [30.3.1\)- Agrupaciones y Sociedades.](#)
- [30.3.2\)- Costes y Beneficios de Vivir en Grupo.](#)
- 30.3.3)- Las adaptaciones a la Vida en Grupo.
- [30.3.4\)- Conducta Formal.](#)
- [30.3.5\)- Realización Voluntaria.](#)
- [30.4\)- Comportamiento del Consumidor.](#)
- [30.5\)- Véase También.](#)
- [30.6\)-Referencias.](#)
- [30.7\)- .Bibliografía.](#)
- [30.8\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXXI: - 31)- SOCIOLOGÍA.-
- [31.1\)- Fundadores de la Disciplina.](#)
- [31.2\)- Los Métodos Sociológicos.](#)
- [31.2.1\)- Métodos Cualitativos.](#)
- [31.2.2\)- Métodos Cuantitativos.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 31.[2.3](#))- [Método Comparativo.](#)
- 31.[3](#))- [Teorías y Paradigmas Sociológicos.](#)
- 31.[3.1](#))- [Funcionalismo Estructuralista.](#)
- 31.[3.2](#))- [Interaccionismo Simbólico.](#)
- 31.[3.3](#))- [Etnometodología.](#)
- 31.[3.4](#))- [Teorías del Conflicto.](#)
- 31.[3.5](#))- [Teoría del Intercambio.](#)
- 31.[3.6](#))- [Teoría de Sistemas.](#)
- 31.[3.7](#))- [Acción y Estructura.](#)
- 31.[4](#))- [Dinámica Social.](#)
- 31.[5](#))- [Sociología en Latinoamérica.](#)
- 31.[6](#))- [Áreas de la Sociología.](#)
- 31.[7](#))- [Véase También.](#)
- 31.[8](#))- [Referencias.](#)
- 31.[9](#))- [Bibliografía.](#)
- [31.10](#))-[Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO ANEXO XXXII: -32)- GLOSARIO DE TÉRMINOS MÉDICOS.-
- CAPÍTULO XXXIII: - 33)- PSICOLOGÍA.-
- 33.[1](#))- [Etimología](#)
- 33.[2](#))- [Ámbito Científico.](#)
- 33.[2.1](#))- [Métodos de Investigación en Psicología.](#)
- 33.[2.2](#))- [Organizaciones Científicas en Psicología.](#)
- 33.[3](#))- [Cronología de las Escuelas y Corrientes Psicológicas.](#)
- 33.[4](#))- [Corrientes y Escuelas Psicológicas.](#)
- 33.[4.1](#))- [El Asociacionismo.](#)
- 33.[4.2](#))- [La Psicología Experimental.](#)
- 33.[4.3](#))- [El funcionalismo.](#)
- 33.[4.4](#))- [El Estructuralismo.](#)
- 33.[4.5](#))- [El Psicoanálisis.](#)
- 33.[4.6](#))- [La Psicología Aplicada.](#)
- 33.[4.7](#))- [El Conductismo.](#)
- 33.[4.8](#))- [La Psicología de la Gestalt.](#)
- 33.[4.9](#))- [El Cognitivismo.](#)
- 33.[4.10](#))- [La Psicología Humanista.](#)
- 33.[4.11](#))- [La Psicobiología.](#)
- 33.[5](#))- [Psicología Básica.](#)
- 33.[5.1](#))- [Funciones Psicológicas.](#)
- 33.[5.2](#))- [Psicología del Aprendizaje.](#)
- 33.[5.3](#))- [Psicología Evolutiva o del Desarrollo.](#)
- 33.[5.4](#))- [Psicopatología o Psicología de la Anormalidad.](#)
- 33.[5.5](#))- [Psicología del Arte.](#)
- 33.[5.6](#))- [Psicología de la Personalidad.](#)
- 33.[6](#))- [Psicología Aplicada.](#)
- 33.[6.1](#))- [Psicología Clínica.](#)
- 33.[6.2](#))- [Psicología Educativa.](#)
- 33.[6.3](#))- [Psicología Infantil o Infanto-juvenil.](#)
- 33.[6.4](#))- [Psicología Social.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [33.6.5\)- Psicología Industrial u Organizacional.](#)
- [33.6.6\)- Psicología Comunitaria.](#)
- [33.6.7\)- Psicología de la Salud.](#)
- [33.6.8\)- Psicología de la Emergencia.](#)
- [33.6.9\)- Psicología Forense.](#)
- [33.6.10\)- Psicología del Deporte.](#)
- [33.7\)- Formación del Psicólogo.](#)
- [33.7.1\)- Área Sustantivo-psicológica.](#)
- [33.7.2\)- Área Metodológica y de Investigación.](#)
- [33.7.3\)- Área Aplicada.](#)
- [33.7.4\)- Área Complementaria.](#)
- [33.8\)- Diferencias Entre Psicología y Psiquiatría.](#)
- [33.9\)- Otras Acepciones de Psicología.](#)
- [33.10\)- Véase También.](#)
- [33.11\)- Referencias-](#)
- [33.12\)- Bibliografía.](#)
- [33.13\)- Enlaces Externos.](#)
- TOMO IV -
- CAPÌTULO XXXIV: - 34)- PSICOLOGÍA CLÍNICA.-
- [34.1\)- Historia de la Psicología Clínica.](#)
- [34.2\)- Campos de Especialización.](#)
- [34.3\)- Tipos de Psicología Clínica.](#)
- [34.3.1\)- Psicología Clínica Comunitaria.](#)
- [34.3.2\)- Psicología de Familia y Pareja.](#)
- [34.3.3\)- Neuropsicología Clínica.](#)
- [34.3.4\)- Psicología Clínica de Adultos.](#)
- [34.3.5\)- Psicología Clínica Infantil.](#)
- [34.4\)- Representantes.](#)
- [34.5\)- Véase También.](#)
- [34.6\)- Referencias.-](#)
- CAPÌTULO XXXV: - 35)- PSICOLOGÍA APLICADA.-
- CAPÌTULO XXXVI: - 36)- PSICOPATOLOGÍA.
- [36.1\)- Psicopatología Como Àrea de Estudio.](#)
- [36.2\)- Véase También.](#)
- [36.3\)- Referencias.](#)
- [36.4\)- Bibliografía.](#)
- [36.5\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÌTULO XXXVII: - 37)- CIENCIAS DE LA SALUD.-
- [37.1\)- Clasificación.](#)
- [37.1.1.-\) Medicina.](#)
- [37.1.2\)- Psicología.](#)
- [37.1.3\)- Logopedia.](#)
- [37.1.4\)- Obstetricia \(matronería\).](#)
- [37.1.5\)- Optometría.](#)
- [37.1.6\)- Fisioterapia.](#)
- [37.1.7\)- Fonoaudiología.](#)
- [37.1.8\)- Enfermería.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [37.1.9\)- Podología.](#)
- [37.1.10\)- Ciencias de la Nutrición.](#)
- [37.1.11\)- Farmacia.](#)
- [37.1.12\)- Laboratorio Clínico.](#)
- [37.1.13\)- Medicina Veterinaria.](#)
- [37.2\)- Véase También.](#)
- [37.3\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXXVIII: - 38)- COMPORTAMIENTO HUMANO.-
- [38.1\)- Desarrollo del Ser Humano.](#)
- [38.2\)- Conciencia.](#)
- [38.3\)- Factor Importante en el Comportamiento Humano.](#)
- [38.4\)- Comportamiento : Social .](#)
- [38.5\)- Factores Que Afectan el Comportamiento Humano.](#)
- [38.6\)- Véase También.](#)
- [38.7\)- Notas y Referencias.](#)
- 38.8)- Bibliografía.
- [38.9\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXXIX: - 39)- DESARROLLO HUMANO.-
- [39.1\)- Definición de Desarrollo Humano.](#)
- [39.2\)- Índice de Pobreza Multidimensional \(IPM\).](#)
- [39.3\)- Otros Índices de Desarrollo y Pobreza.](#)
- [39.4\)- Índices de Distribución de la Renta y Desarrollo.](#)
- [39.4.1\)- Índices Para Medir la Distribución de la Renta.](#)
- [39.4.2\)- Índices Para Medir el Desarrollo de un País.](#)
- [39.5\)- Objetivos de Desarrollo del Milenio.](#)
- [39.6\)- Véase También.](#)
- [39.7\)- Referencias.](#)
- 39.8)- Bibliografía.
- [39.9\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXXX: - 40)- ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO.-
- [40.1\)- Características del Índice de Desarrollo Humano.](#)
- [40.1.1\)- Otros Índices Relacionados con el Desarrollo Humano.](#)
- [40.2\)- Definición de Desarrollo Humano.](#)
- [40.3\)- Clasificación del IDH Que Hace el PNUD.](#)
- [40.4\)- Historia del IDH.](#)
- [40.5\)- Metodología.](#)
- [40.5.1\)- Nueva Metodología.](#)
- [40.5.2\)- Vieja Metodología.](#)
- [40.5.2.1\)- Cálculo del Índice de Esperanza de Vida.](#)
- [40.5.2.2\)- Cálculo del Índice de Educación.](#)
- [40.5.2.3\)- Cálculo del Índice del PIB.](#)
- [40.5.3\)- Cálculo del IDH](#)
- [40.6\)- Informe del Año 2018.](#)
- [40.6.1\)- Principales Obstáculos y Formas de Exclusión.](#)
- [40.7\)- Lista de Países Ajustado por Desigualdad - Informe 2016.](#)
- [40.8\)- Informe de Desarrollo Humano - 2016.](#)
- [40.9\)- Primeros/últimos países de Listas Pasadas.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 40.[10](#))- [Otros Indicadores](#).
- 40.[11](#))- [Véase También](#).
- 40.[12](#))- [Notas](#).
- 40.13)- [Bibliografía](#).
- 40.[14](#))- [Enlaces Externos](#).
- 40.[14.1](#))- [PNUD - ONU](#).
- CAPÍTULO XXXXI: - 41)- LA SALUD.-
- 41.[1](#))- [Definiciones](#).
- 41.[1.1](#))- [Nivel Subjetivo](#).
- 41.[2](#))- [Nutrición](#).
- 41.[3](#))- [Ejercicio Físico](#).
- 41.[4](#))- [El Descanso](#).
- 41.[5](#))- [Higiene](#).
- 41.[6](#))- [Salud Mental](#).
- 41.[7](#))- [La Personalidad Saludable](#).
- 41.[8](#))- [Hábitos Perjudiciales Para la Salud](#).
- 41.[9](#))- [Factores Que Influyen en la Salud](#).
- 41.[9.1](#))- [Biología Humana](#).
- 41.[9.2](#))- [Ambiente](#).
- 41.[9.3](#))- [Ambiente Doméstico](#).
- 41.[9.4](#))- [Forma de Vida Saludable](#).
- 41.[10](#))- [Promoción de la Salud](#).
- 41.[11](#))- [Véase También a la Salud](#).
- 41.[12](#))- [Referencias](#).
- 41.13)- [Biografía](#).
- 41.[14](#))- [Enlaces Externos](#).
- CAPÍTULO XXXXII: -42)- DICCIONARIO DE TÈRMINOS PSICOLÒGICOS.-
- CAPÍTULO XXXX: - 43)- SALUD PÚBLICA.-
- 43.[1](#))- [Historia](#)
- 43.[2](#))- [Determinantes de Salud](#)
- 43.[3](#))- [Funciones](#).
- 43.[3.1](#))- [Protección Sanitaria](#).
- 43.[3.2](#))- [Promoción Sanitaria](#).
- 43.[3.3](#))- [Restauración Sanitaria](#).
- 43.[4](#))- [Organismos, Entidades e Instituciones](#).
- 43.[5](#))- [Véase También](#).
- 43.[6](#))- [Referencias](#).
- 43.7)- [Bibliografía](#).
- 43.8)- [Enlaces Externos](#).
- CAPÍTULO XXXXIV: - 44)- CATEGORÍA:SALUD Y SOCIEDAD.-
- CAPÍTULO XXXXV: - 45)- REUMATOLOGÍA.-
- 45.[1](#))- [Clasificación de las Enfermedades Reumatológicas](#).
- 45.[2](#))- [Véase También](#).
- 45.[3](#))- [Referencias](#).
- 45.4)- [Bibliografía](#).
- 45.[5](#))- [Enlaces Externos](#).
- CAPÍTULO XXXXVI: - 46)- INMUNOLOGÍA.-

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 46.1)- [Concepto.](#)
- 46.2)- [Perspectiva histórica](#)
- 46.2.1)- [Inmunidad Humoral y Celular.](#)
- 46.2.2)- [Inmunología Clásica.](#)
- 46.2.3)- [Inmunología Clínica.](#)
- 46.2.4)- [Inmunoterapia.](#)
- 46.2.5)- [Inmunología Diagnóstica.](#)
- 46.2.6)- [Inmunología Evolutiva.](#)
- 46.2.7)- [Inmunología Neuronal.](#)
- 46.3)- [Véase También.](#)
- 46.4)- [Notas.](#)
- 46.5)- [Referencias.](#)
- 46.6)- [Bibliografía.](#)
- 46.7)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXXVII: - 47)- SEDACIÓN TERMINAL.-
- 47.1)- [En la Medicina Paliativa.](#)
- 47.2)- [Procedimiento.](#)
- 47.3)- [Reflexiones Críticas.](#)
- 47.4)- [Bibliografía.](#)
- 47.5)- [Referencias.](#)
- 47.6)- [Enlaces externos.](#)
- CAPÍTULO XXXVIII: - 48)- MEDICINA PALIATIVA.-
- 48.1)- [Definiciones.](#)
- 48.2)- [Datos Históricos.](#)
- 48.3)- [Contextualización Social y Profesional.](#)
- 48.4)- [Características y Objetivos de los Programas.](#)
- 48.5)- [Características del Modelo de Atención.](#)
- 48.5.1)- [Objetivos de los Programas de Cuidados Paliativos.](#)
- 48.5.2)- [Objetivos del Cuidado Paliativo.](#)
- 48.6)- [Tipos de Programas de Cuidados Paliativos.](#)
- 48.7)- [El Derecho A Morir Con Dignidad y los Cuidados Paliativos.](#)
- 48.8)- [Referencias.](#)
- 48.9)- [Bibliografía.](#)
- 48.10)- [Véase También.](#)
- 48.11)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO IL : - 49)- EUTANASIA.-
- 49.1)- [Etimología.](#)
- 49.2)- [Historia.](#)
- 49.2.1)- [Período Moderno Temprano.](#)
- 49.2.2)- [Inicios del Debate Moderno sobre la Eutanasia.](#)
- 49.2.3)- [Movimiento Inicial de Eutanasia en los Estados Unidos de América.](#)
- 49.2.4)- [Década de 1930 en la Gran Bretaña.](#)
- 49.2.5)- [Aktion T4.](#)
- 49.2.6)- [La Petición de 1949 del Estado de Nueva York A Favor de la Eutanasia y la Oposición Católica.](#)
- 49.3)- [Definición.](#)
- 49.3.1)- [Contexto del Derecho Continental.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [49.3.2\)- Contexto del Derecho Anglosajón.](#)
- [49.4\)- Clasificaciones de Eutanasia.](#)
- [49.4.1\)- Según el Accionar Médico.](#)
- [49.4.2\)- Según la Voluntad del Paciente.](#)
- [49.5\)- Conceptos Relacionados.](#)
- [49.6\)- Argumentos en Pro y en Contra.](#)
- [49.6.1\)- Invocación de los Derechos Individuales Contra la Transgresión A una Interdicción.](#)
- [49.6.2\)- El ejercicio de la Libertad y de la Autonomía.](#)
- [49.6.3\)- La Visión de la Dignidad Humana.](#)
- [49.6.4\)- Gestión de los Recursos Sociales.](#)
- [49.6.5\)- Tomando en Cuenta el Sufrimiento.](#)
- [49.6.6\)- Argumentos Sobre la Necesidad y Viabilidad de una Introducción Controlada.](#)
- [49.7\)- Opinión Médica.](#)
- [49.8\)- Puntos de Vista Religiosos.](#)
- [49.9\)- La Eutanasia en el Perú.](#)
- [49.10\)- Véase También.](#)
- [49.11\)- Notas.](#)
- [49.12\)- Referencias.](#)
- [49.13\)- Bibliografía.](#)
- [49.13.1\)- Enciclopedias.](#)
- [49.13.1.1\)- Filosóficas.](#)
- [49.13.2\)- Libros.](#)
- [49.13.2.1\)- Médicos.](#)
- [49.13.2.2\)- Filosóficos.](#)
- [49.13.2.3\)- Históricos.](#)
- [49.13.3\)- Publicaciones.](#)
- [49.13.3.1\)- Médicas.](#)
- [49.13.3.2\)- Filosóficas.](#)
- [49.13.3.3\)- Históricas.](#)
- [49.13.3.4\)- Legales.](#)
- [49.13.3.5\)- Enfermería.](#)
- [49.13.3.6\)- Sociología.](#)
- [49.13.4\)- Revistas.](#)
- [49.14\)- Bibliografía Complementaria.](#)
- [49.15\)- Enlaces Externos.](#)
- [49.15.1\)- Enlaces a Favor.](#)
- [49.15.2\)- Enlaces en Contra.](#)
- TOMO V -
- CAPÍTULO L : - 50)- SUICIDIO.-
- [50.1\)- Definiciones.](#)
- [50.2\)- Factores de Riesgo.](#)
- [50.2.1\)- Enfermedades Mentales.](#)
- [50.2.2\)- Abuso de Sustancias.](#)
- [50.2.3\)- Ludopatía.](#)
- [50.2.4\)- Condiciones Médicas.](#)
- [50.2.5\)- Factores Psicosociales.](#)
- [50.2.6\)- Medios de Comunicación.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [50.2.7\)-Redes Sociales.](#)
- [50.2.8\)- Racionalización.](#)
- [50.3\)- Métodos.](#)
- [50.4\)- Fisiopatología.](#)
- [50.5\)- Prevención.](#)
- [50.5.1\)- Enfermedades Mentales.](#)
- [50.5.2\)- Teléfonos de Ayuda.](#)
- [50.6\)- Epidemiología.](#)
- [50.6.1\)- Género.](#)
- [50.6.2\)- Edad.](#)
- [50.7\)- Historia.](#)
- [50.8\)- Sociedad y cultura](#)
- [50.8.1\)- Legislación.](#)
- [50.8.1.1\)- Latinoamérica y España.](#)
- [50.8.2\)- Religión.](#)
- [50.8.3\)- Filosofía.](#)
- [50.8.4\)- Literatura.](#)
- [50.8.5\)- Música.](#)
- [50.8.6\)-Cine.](#)
- [50.8.7\)- Sociología.](#)
- [50.8.8\)- Defensa.](#)
- [50.8.9\)- Lugares.](#)
- [50.8.10\)- Casos Notables.](#)
- [50.9\)- Otras Especies.](#)
- [50.10\)- Véase También.](#)
- [50.11\)- Notas.](#)
- [50.12\)- Referencias.](#)
- [50.13\)- Bibliografía.](#)
- [50.14\)- Enlaces Externos.](#)
- **CAPÍTULO LI: - 51)- CÁNCER .-**
- [51.1\)- Clasificación.](#)
- [51.1.1\)- Nomenclatura.](#)
- [51.1.2\)- Conceptos Semejantes.](#)
- [51.2\)- Epidemiología.](#)
- [51.3\)- Etiología.](#)
- [51.3.1\)- Productos Químicos.](#)
- [51.3.2\)- Factores Dietéticos y Ejercicio.](#)
- [51.3.3\)- Infección.](#)
- [51.3.4\)- Radiación.](#)
- [51.3.5\)- Genética.](#)
- [51.3.6\)- Agentes Físicos.](#)
- [51.3.7\)- Hormonas.](#)
- [51.3.8\)- Autoinmunidad e Inflamación.](#)
- [51.3.9\)- Permeabilidad Intestinal Aumentada.](#)
- [51.4\)- Patogenia.](#)
- [51.4.1\)- Mecanismos Supresores de Tumores.](#)
- [51.4.2\)- Morfología y Crecimiento Tumoral.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [51.4.3\)- Genética.](#)
- [51.4.4\)- Marcadores Genéticos.](#)
- [51.5\)- Diagnóstico.](#)
- [51.5.1\)- Biomarcadores.](#)
- [51.5.2\)- Gradación y Estadificación.](#)
- [51.6\)- Tratamiento.](#)
- [51.6.1\)- Cirugía.](#)
- [51.6.2\)- Radioterapia.](#)
- [51.6.3\)- Quimioterapia.](#)
- [51.6.4\)- Inmunoterapia o Terapia Biológica.](#)
- [51.6.5\)- Hormonoterapia.](#)
- [51.6.6\)- Trasplante de Médula Ósea.](#)
- [51.6.7\)- Terapia Génica.](#)
- [51.6.8\)- Aspectos Psicológicos.](#)
- [51.6.9\)- Cuidados Paliativos.](#)
- [51.7\)- Pronóstico.](#)
- [51.8\)- Profilaxis](#)
- [51.8.1\)- *Screening*.](#)
- [51.9\)- El Cáncer en el Mundo Animal.](#)
- [51.10\)- Tumores en el Mundo Vegetal.](#)
- [51.11\)- Terminología.](#)
- [51.12\)- Bibliografía.](#)
- [51.13\)- Véase También.](#)
- [51.14\)- Referencias.](#)
- [51.15\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO LII: - 52)- INSUFICIENCIA CARDÍACA.-
- [52.1\)- Clasificación.](#)
- [52.1.1\)- Agrupación ACC/AHA.](#)
- [52.2\)- Epidemiología.](#)
- [52.3\)- Etiología.](#)
- [52.4\)- Patogenia.](#)
- [52.4.1\)- Insuficiencia Cardíaca Izquierda.](#)
- [52.4.2\)- Insuficiencia Cardíaca Derecha.](#)
- [52.5\)- Cuadro Clínico.](#)
- [52.5.1\)- Síntomas.](#)
- [52.5.1.1\)- Disnea.](#)
- [52.5.1.2\)- Edema.](#)
- [52.5.2\)- Signos.](#)
- [52.5.2.1\)- Taquicardia.](#)
- [52.5.2.2\)- Estertores Pulmonares.](#)
- [52.5.2.3\)- Hipertrofia Cardíaca.](#)
- [52.5.2.4\)- Soplos Cardíacos.](#)
- [52.5.2.5\)- Distensión Venosa.](#)
- [52.6\)- Diagnóstico.](#)
- [52.6.1\)- Estudios de Imagen.](#)
- [52.6.2\)- Electrofisiología.](#)
- [52.6.3\)- Exámenes de Sangre.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [52.6.4\)- Angiografía.](#)
- [52.6.5\)- Criterios Diagnósticos.](#)
- [52.6.5.1\)- Criterios de Framingham.](#)
- [52.7\)- Tratamiento.](#)
- [52.7.1\)- Tratamiento No Farmacológico.](#)
- [52.7.2\)- Tratamiento Farmacológico.](#)
- [52.7.2.1\)- Agentes Moduladores de la Angiotensina.](#)
- [52.7.2.2\)- Diuréticos.](#)
- [52.7.2.3\)- Beta Bloqueantes.](#)
- [52.7.2.4\)- Inotrópicos Positivos.](#)
- [52.7.2.5\)- Vasodilatadores.](#)
- [52.7.3\)- Dispositivos y Cirugía.](#)
- [52.7.4\)- Cuidados Paliativos y Hospicio.](#)
- [52.8\)- Pronóstico.](#)
- [52.9\)- Referencias.](#)
- [52.10\)- Bibliografía.](#)
- [52.11\)- Enlaces Externos.](#)
- **CAPÍTULO LIII: - 53)- INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.-**
- [53.1\)- Infarto Agudo de Miocardio e Insuficiencia Cardíaca.](#)
- [53.2\)- Epidemiología.](#)
- [53.3\)- Etiología.](#)
- [53.3.1\)- Trombo y Émbolo.](#)
- [53.3.2\)- Factores de Riesgo.](#)
- [53.3.2.1\)- Factores de Protección.](#)
- [53.4\)- Patología.](#)
- [53.4.1\)- Histopatología.](#)
- [53.5\)- Cuadro Clínico.](#)
- [53.5.1\)- Examen Físico.](#)
- [53.5.2\)Dolor Torácico.](#)
- [53.5.3\)- Dificultad Respiratoria.](#)
- [53.5.4\)- Signos Graves.](#)
- [53.5.5\)- En las Mujeres.](#)
- [53.5.6\)- Infartos Sin Dolor o Sin Otros Síntomas.](#)
- [53.6\)- Diagnóstico.](#)
- [53.6.1\)- Criterios de Diagnóstico.](#)
- [53.6.2\)- Marcadores Cardíacos.](#)
- [53.6.3\)- Angiografía.](#)
- [53.6.4\)- Diagnóstico Diferencial.](#)
- [53.7\)- Tratamiento.](#)
- [53.7.1\)- Cuidados Inmediatos.](#)
- [53.7.2\)- Intervención Coronaria Percutánea.](#)
- [53.8\)- Pronóstico y Complicaciones .](#)
- [53.9\)- Véase También.](#)
- [53.10\)- Bibliografía.](#)
- [53.11\)- Referencias.](#)
- [53.12\)- Enlaces Externos.](#)
- **CAPÍTULO LIV: - 54)- CATEGORÍA: - CAUSAS DE MUERTE.-**

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- TOMO VI -
- TOMO V -
- CAPÍTULO L : - 50)- SUICIDIO.-
- 50.1)- Definiciones.
- 50.2)- Factores de Riesgo.
- 50.2.1)- Enfermedades Mentales.
- 50.2.2)- Abuso de Sustancias.
- 50.2.3)- Ludopatía.
- 50.2.4)- Condiciones Médicas.
- 50.2.5)- Factores Psicosociales.
- 50.2.6)- Medios de Comunicación.
- 50.2.7)-Redes Sociales.
- 50.2.8)- Racionalización.
- 50.3)- Métodos.
- 50.4)- Fisiopatología.
- 50.5)- Prevención.
- 50.5.1)- Enfermedades Mentales.
- 50.5.2)- Teléfonos de Ayuda.
- 50.6)- Epidemiología.
- 50.6.1)- Género.
- 50.6.2)- Edad.
- 50.7)- Historia.
- 50.8)- Sociedad y cultura
- 50.8.1)- Legislación.
- 50.8.1.1)- Latinoamérica y España.
- 50.8.2)- Religión.
- 50.8.3)- Filosofía.
- 50.8.4)- Literatura.
- 50.8.5)- Música.
- 50.8.6)-Cine.
- 50.8.7)- Sociología.
- 50.8.8)- Defensa.
- 50.8.9)- Lugares.
- 50.8.10)- Casos Notables.
- 50.9)- Otras Especies.
- 50.10)- Véase También.
- 50.11)- Notas.
- 50.12)- Referencias.
- 50.13)- Bibliografía.
- 50.14)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LI: - 51)- CÁNCER .-
- 51.1)- Clasificación.
- 51.1.1)- Nomenclatura.
- 51.1.2)- Conceptos Semejantes.
- 51.2)- Epidemiología.
- 51.3)- Etiología.
- 51.3.1)- Productos Químicos.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 51.3.2)- Factores Dietéticos y Ejercicio.
- 51.3.3)- Infección.
- 51.3.4)- Radiación.
- 51.3.5)- Genética.
- 51.3.6)- Agentes Físicos.
- 51.3.7)- Hormonas.
- 51.3.8)- Autoinmunidad e Inflamación.
- 51.3.9)- Permeabilidad Intestinal Aumentada.
- 51.4)- Patogenia.
- 51.4.1)- Mecanismos Supresores de Tumores.
- 51.4.2)- Morfología y Crecimiento Tumoral.
- 51.4.3)- Genética.
- 51.4.4)- Marcadores Genéticos.
- 51.5)- Diagnóstico.
- 51.5.1)- Biomarcadores.
- 51.5.2)- Gradación y Estadificación.
- 51.6)- Tratamiento.
- 51.6.1)- Cirugía.
- 51.6.2)- Radioterapia.
- 51.6.3)- Quimioterapia.
- 51.6.4)- Inmunoterapia o Terapia Biológica.
- 51.6.5)- Hormonoterapia.
- 51.6.6)- Trasplante de Médula Ósea.
- 51.6.7)- Terapia Génica.
- 51.6.8)- Aspectos Psicológicos.
- 51.6.9)- Cuidados Paliativos.
- 51.7)- Pronóstico.
- 51.8)- Profilaxis
- 51.8.1)- *Screening*.
- 51.9)- El Cáncer en el Mundo Animal.
- 51.10)- Tumores en el Mundo Vegetal.
- 51.11)- Terminología.
- 51.12)- Bibliografía.
- 51.13)- Véase También.
- 51.14)- Referencias.
- 51.15)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LII: - 52)- INSUFICIENCIA CARDÍACA.-
- 52.1)- Clasificación.
- 52.1.1)- Agrupación ACC/AHA.
- 52.2)- Epidemiología.
- 52.3)- Etiología.
- 52.4)- Patogenia.
- 52.4.1)- Insuficiencia Cardíaca Izquierda.
- 52.4.2)- Insuficiencia Cardíaca Derecha.
- 52.5)- Cuadro Clínico.
- 52.5.1)- Síntomas.
- 52.5.1.1)- Disnea.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 52.5.1.2)- Edema.
- 52.5.2)- Signos.
- 52.5.2.1)- Taquicardia.
- 52.5.2.2)- Estertores Pulmonares.
- 52.5.2.3)- Hipertrofia Cardíaca.
- 52.5.2.4)- Soplos Cardíacos.
- 52.5.2.5)- Distensión Venosa.
- 52.6)- Diagnóstico.
- 52.6.1)- Estudios de Imagen.
- 52.6.2)- Electrofisiología.
- 52.6.3)- Exámenes de Sangre.
- 52.6.4)- Angiografía.
- 52.6.5)- Criterios Diagnósticos.
- 52.6.5.1)- Criterios de Framingham.
- 52.7)- Tratamiento.
- 52.7.1)- Tratamiento No Farmacológico.
- 52.7.2)- Tratamiento Farmacológico.
- 52.7.2.1)- Agentes Moduladores de la Angiotensina.
- 52.7.2.2)- Diuréticos.
- 52.7.2.3)- Beta Bloqueantes.
- 52.7.2.4)- Inotrópicos Positivos.
- 52.7.2.5)- Vasodilatadores.
- 52.7.3)- Dispositivos y Cirugía.
- 52.7.4)- Cuidados Paliativos y Hospicio.
- 52.8)- Pronóstico.
- 52.9)- Referencias.
- 52.10)- Bibliografía.
- 52.11)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LIII: - 53)- INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.-
- 53.1)- Infarto Agudo de Miocardio e Insuficiencia Cardíaca.
- 53.2)- Epidemiología.
- 53.3)- Etiología.
- 53.3.1)- Trombo y Émbolo.
- 53.3.2)- Factores de Riesgo.
- 53.3.2.1)- Factores de Protección.
- 53.4)- Patología.
- 53.4.1)- Histopatología.
- 53.5)- Cuadro Clínico.
- 53.5.1)- Examen Físico.
- 53.5.2)- Dolor Torácico.
- 53.5.3)- Dificultad Respiratoria.
- 53.5.4)- Signos Graves.
- 53.5.5)- En las Mujeres.
- 53.5.6)- Infartos Sin Dolor o Sin Otros Síntomas.
- 53.6)- Diagnóstico.
- 53.6.1)- Criterios de Diagnóstico.
- 53.6.2)- Marcadores Cardíacos.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 53.6.3)- Angiografía.
- 53.6.4)- Diagnóstico Diferencial.
- 53.7)- Tratamiento.
- 53.7.1)- Cuidados Inmediatos.
- 53.7.2)- Intervención Coronaria Percutánea.
- 53.8)- Pronóstico y Complicaciones .
- 53.9)- Véase También.
- 53.10)- Bibliografía.
- 53.11)- Referencias.
- 53.12)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LIV: - 54)- CATEGORÍA: - CAUSAS DE MUERTE.-
- TOMO VI -
- CAPÍTULO LV: - 55)- DISAUTONOMÍA VEGETATIVA.-
- 55.1)- Introducción.
- 55.2)- Etiología.
- 55.3)- Síntomas.
- 55.4)- Diagnóstico.
- 55.5)- Tratamiento.
- 55.6)- Pronóstico.
- 55.7)- Disautonomía Familiar.
- 55.8)- Véase También.
- 55.9)- Referencias.
- 55.10)- Bibliografía.
- 55.11)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LVI: - 56)- INTOLERANCIA ORTOSTÁTICA.-
- CAPÍTULO LVII: - 57)- SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO.
- 57.1)- Generalidades.
- 57.2)- Estructura.
- 57.3)- Referencias.
- 57.4)- Bibliografía.
- 57.5)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LVIII: - 58)- SISTEMA NERVIOSO.-
- 58.1)- Divisiones del Sistema Nervioso.
- 58.2)- Células.
- 58.2.1)- Neuronas.
- 58.2.1.1)- Clasificación Morfológica.
- 58.2.1.2)- Clasificación Fisiológica.
- 58.2.1.3)- Impulsos Nerviosos.
- 58.2.1.4)- Sinapsis.
- 58.2.1.5)- Neurotransmisores.
- 58.2.2)- Células Gliales.
- 58.2.2.1)- Clasificación Topográfica.
- 58.2.2.2)- Clasificación Morfo-funcional.
- 58.3)- Sistema Nervioso Humano.
- 58.3.1)- Desarrollo Embrionario.
- 58.3.2)- Sistema Nervioso Central.
- 58.3.3)- Sistema Nervioso Periférico.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 58.3.4)- Sistema Nervioso Autónomo.
- 58.3.5)- Enfermedades.
- 58.4)- Sistema Nervioso en los Animales.
- 58.4.1)- Redundancia.
- 58.4.2)- Mielinización.
- 58.4.3)- Metamerización.
- 58.4.4)- Centralización.
- 58.4.5)- Cefalización.
- 58.4.6)- Animales Diblásticos.
- 58.4.7)- Animales Triblásticos.
- 58.4.7.1)- Animales Protóstomos.
- 58.4.7.2)- Animales Deuteróstomos.
- 58.4.8)- Sistema Nervioso por Filo.
- 58.4.8.1)- Cnidarios.
- 58.4.8.2)- Platelmintos.
- 58.4.8.3)- Anélidos.
- 58.4.8.4)- Moluscos.
- 58.4.8.5)- Artrópodos.
- 58.4.8.6)- Equinodermos.
- 58.4.8.7)- Vertebrados.
- 58.5)- Véase También.
- 58.6)- Notas.
- 58.7)- Referencias.
- 58.8)- Bibliografía.
- 58.9)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LIX: - 59)- SENSIBILIZACIÓN CENTRAL
- 59.1)- Fisiología del Dolor.
- 59.1.1)- Alodinia.
- 59.2)- Manifestaciones Clínicas.
- 59.3)- Véase también.
- 59.4)- Referencias.
- 59.5)- Bibliografía.
- 59.6)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LX: -60)- DOLOR.-
- 60.1)- Historia.
- 60.2)- Fisiopatología.
- 60.2.1)- Componentes.
- 60.3)- Mecanismos Moleculares de la Nocicepción.
- 60.3.1)- Tipos de Fibras Nerviosas.
- 60.3.2)- Fenómeno de los Dos Dolores.
- 60.3.3)- Proteínas Nociceptivas.
- 60.3.4)- Neurotransmisores de los Nociceptores.
- 60.3.4.1)- Glutamato.
- 60.3.4.2)- Neuropeptidos.
- 60.3.5)- Bioquímica de la Nocicepción.
- 60.3.6)- Alodinia e Hiperalgnesia.
- 60.3.6.1)- Sensibilización Periférica.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 60.3.6.2)- Sensibilización Central.
- 60.4)- Vías del Dolor y Elaboración de la Sensación Dolorosa.
- 60.4.1)- Asta Posterior de la Médula Espinal y su Organización.
- 60.4.2)- Vías Espinales del Dolor.
- 60.4.2.1)- El Tracto Espinotalámico (STT).
- 60.4.2.2)- Los haces SPA y SPH.
- 60.4.3)- Integración de los Aspectos Sensorial y Afectivo del Dolor.
- 60.5)- Características del Dolor.
- 60.6)- Factores Que Modulan el Dolor
- 60.7)- Clasificación del Dolor.
- 60.7.1)- Según el Tiempo de Evolución.
- 60.7.2)- Según la Etiología del Dolor.
- 60.7.3)- Según la Localización del Dolor.
- 60.8)- Tratamiento.
- 60.8.1)- Anestesia.
- 60.8.2)- Analgesia.
- 60.8.3)- Tratamientos Alternativos.
- 60.8.3.1)- Tratamiento del Dolor Con Magnetismo.
- 60.9)- Otras Definiciones de Dolor.
- 60.9.1)- Dolor y Placer.
- 60.9.2)- Dolor Fetal.
- 60.10)- Véase También.
- 60.11)- Referencias.
- 60.12)- Bibliografía.
- 60.13)- Enlaces Externos.
- . CAPÍTULO LXI: - 61)- ESTRÉS OXIDATIVO.-
- 61.1)- Efectos Químicos y Biológicos.
- 61.2)- Producción y Consumo de Oxidantes.
- 61.3)- Antioxidantes Como Suplementos.
- 61.4)- Catalizadores Metálicos.
- 61.5)- Catalizadores Redox No Metálicos.
- 61.6)- Defensa Inmune.
- 61.7)- 7Referencias.
- 61.8)- Bibliografía.
- 61.9)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXII: - 62)- TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.-
- 62.1)- Introducción.
- 62.2)- Historia.
- 62.3)- Síntomas y Diagnóstico.
- 62.3.1)- Trastorno de Estrés Postraumático [309.81] (F43.10), Según DSM-5.
- 62.3.2)- Trastorno de Estrés Postraumático en Niños Menores de 6 Años.
- 62.4)- Epidemiología.
- 62.5)- Etiología.
- 62.6)- Tratamiento.
- 62.7)- Véase También.
- 62.8)- Referencias.
- 62.9)- Bibliografía.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 62.10)- Enlaces Externos.
- CAPÌTULO LXIII: -63)- NEURASTENIA o ESTRÉS.-
- 63.1)- Diagnòstico.
- 63.2)- Curiosidad. .
- 63.3)- Vèase Tambièn.
- 63.4)- Bibliografia.
- 63.5)- Enlaces Externos.
- CAPÌTULO LXIV: - 64)- RITMO CIRCADIANO.-
- 64.1)- Características.
- 64.2)- Historia.
- 64.3)- Orígenes.
- 64.4)- Ritmos Circadianos Animales.
- 64.4.1)- El núcleo Supraquiasmático.
- 64.4.2)- Hormonas Afectadas por el Ciclo Circadiano.
- 64.4.3)- Más Allá del “Reloj Maestro”.
- 64.5)- Interrupción de Ritmos Circadianos.
- 64.6)- Control Celular del Ciclo Circadiano.
- 64.7)- Véase También.
- 64.8)- Referencias.
- 64.9)- Bibliografía.
- 64.10)- Enlaces Externos.
- CAPÌTULO LXV: - 65)- TRASTORNO DEL SUEÑO.-
- 65.1)- Desarrollo de los Trastornos de Sueño.
- 65. 1.1)- Somnolencia Durante el Día.
- 65.1.2)- Otros Trastornos del Sueño.
- 65.2)- Véase también
- 65.3)- Referencias.
- 65.4)- Bibliografía.
- 65.5)- Enlaces Externos.
- CAPÌTULO LXVI: - 66)- INSOMNIO.-
- 66.1)- Causas del Insomnio.
- 66.2)- Prevención.
- 66.3)-Tipos de Insomnio.
- 66.4)- Consecuencias.
- 66.5)- En las Artes.
- 66.6)- Véase También.
- 66.7)- Referencias.
- 66.8)- Bibliografía.
- 66.9)- Enlaces Externos.-
- CAPÌTULO LXVII: - 67)- PRIVACIÓN DE SUEÑO.-
- 67.1)- Efectos Fisiológicos.
- 67.1.1)- Diabetes.
- 67.1.2)- En el Cerebro.
- 67.1.3)- Sobre el Crecimiento.
- 67.1.4)- En los Procesos de Curación.
- 67.1.5)- Sobre la Atención y la Memoria de Trabajo.
- 67.1.6)- Sobre la Aptitud Para Conducir.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 67.1.7)- Otros Efectos.
- 67.1.7.1)- Microsueños.
- 67.1.7.2)- Pérdida/ganancia de peso.
- 67.1.7.3)- Regulación Genética.
- 67.2)- Usos.
- 67.2.1)- Estudio Científico de Animales de Laboratorio.
- 67.2.2)- Interrogatorio.
- 67.2.3)- Tratamiento Para la Depresión.
- 67.3)- Causas.
- 67.3.1)- Insomnio.
- 67.3.1.1)- Voluntario.
- 67.3.2)- Apnea de Sueño.
- 67.3.3)- Enfermedad Mental.
- 67.3.4)- Escolar.
- 67.4)- Tratamiento.
- 67.5)- Mayores Períodos Sin Sueño.
- 67.6)- Véase También.
- 67.7)- Referencias.
- 67.8)- Bibliografía.
- 67.9)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXVIII: - 68)- SOMNOLENCIA .-
- 68.1)- Trastornos.
- 68.2)- Factores Causales de Somnolencia patológica.
- 68.3)- Referencias.
- 68.4)- Bibliografía.
- 68.5)- Enlaces Externos.
- - TOMO VII -
- CAPÍTULO LXIX: - 69)- TERMORREGULACIÓN.-
- 69.1)- Termorregulación en el Ser Humano.
- 69.1.1)- Procesos de Transferencia de Calor.
- 69.1.1.1)- Radiación.
- 69.1.1.2)- Conducción.
- 69.1.1.3)- Convección.
- 69.1.1.4)- Evaporación.
- 69.1.2)- Mecanismos de Regulación de la Temperatura Corporal.
- 69.1.2.1)- Mecanismos de Pérdida de Calor.
- 69.1.2.1.1)- Sudoración.
- 69.1.2.1.2)- Vasodilatación.
- 69.1.2.2)- Mecanismos de Conservación del Calor.
- 69.1.2.2.1)- Vasoconstricción.
- 69.1.2.2.2)- Intercambio de Calor por Contracorriente.
- 69.1.2.2.3)- Piloerección.
- 69.1.2.3)- Mecanismos de Producción de Calor.
- 69.1.2.3.1)- Termogénesis Tiritante.
- 69.1.2.3.2)- Termogénesis No Tiritante.
- 69.2)- Fiebre.
- 69.2.1)- Enfermedades Infecciosas Bacterianas.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 69.2.2)- Lesiones Cerebrales.
- 69.2.3)- Golpes de Calor.
- 69.3)- Reacciones en el Ser Humano a las Diferentes Temperaturas Corporales.
- 69.4)- Termorregulación en los Animales.
- 69.4.1)- Factores Involucrados en la Termorregulación.
- 69.4.2)- Estrategias Termorreguladoras de los Animales.
- 69.4.3)- Mecanismos de Termorregulación.
- 69.4.3.1)- Mecanismos en Ectotermos.
- 69.4.3.2)- Excepciones a la Respuesta Térmica General de los Ectotermos.
- 69.4.3.2.1)- Endotermia Regional.
- 69.4.3.2.2)- Endotermia Facultativa.
- 69.4.3.2.3)- Homeotermia Inercial.
- 69.4.4)- Termorregulación en Endotermos.
- 69.4.4.1)- Respuestas Metabólicas a la Temperatura.
- 69.4.4.2)- Mecanismos de Regulación Térmica.
- 69.4.4.2.1)- Mecanismos de Regulación de la Conductancia Térmica.
- 69.4.4.2.2)- Mecanismos de Producción de Calor.
- 69.4.4.2.3)- Mecanismos de Disipación de Calor.
- 69.4.4.3)- Hipotermia Facultativa.
- 69.5)- Termorregulación en las Plantas.
- 69.6)- Referencias.
- 69.7)- Véase También.
- 69.8)- Bibliografía.
- 69.9)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXX: - 70)- SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE.-
- 70.1)- Historia.
- 70.1.1)- Exposición a Sustancias Químicas Tóxicas, en el Desastre de Bhopal, la Guerra del Golfo y el 11S.
- 70.2)- Epidemiología.
- 70.3)- Etiología.
- 70.3.1)- Hipótesis Psicológica y/o Psiquiátrica
- 70.3.2)- Hipótesis Genética.
- 70.3.3)- Hipótesis Química, de Sensibilización Alérgica y Respuesta olfativa.
- 70.3.4)- Hipótesis Anatómica.
- 70.3.5)- Hipótesis Neurológica y Alteraciones Cognitivas.
- 70.3.6)- Hipótesis de Sobreproducción de Óxido Nítrico.
- 70.3.7)- Hipótesis Sobre el Estado Redox en las Mitocondrias.
- 70.4)- Cuadro Clínico.
- 70.4.1)- Enfermedades Asociadas.
- 70.5)- Diagnóstico.
- 70.5.1)- Criterios Diagnósticos.
- 70.5.1.1)- Consenso Internacional de 1999.
- 70.5.1.2)- Documento de Consenso Sobre Sensibilidad Química Múltiple de 2011.
- 70.5.2)- Pruebas Complementarias.
- 70.6)- Tratamiento.
- 70.7)- Véase también
- 70.8)- Bibliografía.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 70.9)- Referencias.
- 70.10)- Enlaces Externos.
- CAPÌTULO LXXI: - 71)- CATEGORÍA:TOXICOLOGÍA.-
- CAPÌTULO LXXII: - 72)- CATEGORÍA : -ENFERMEDADES OCUPACIONALES.-
- CAPÌTULO LXXIII: - 73)- ALERGIAS.-
- 73.1)- Problemas Terminológicos.
- 73.2)- Clasificación.
- 73.2.1)- Asma.
- 73.2.2)- Rinitis.
- 73.2.3)- Conjuntivitis.
- 73.2.4) - Dermatitis.
- 73.2.4.1)- Eccema.
- 73.2.4.2)- Dermatitis de Contacto.
- 73.2.4.3)- Otras Formas de Dermatitis.
- 73.2.5)- Urticaria.
- 73.2.6)- Alergia a los Alimentos.
- 73.2.7)- Alergia a los Medicamentos.
- 73.2.8)- Alergia a las Picaduras de Insectos.
- 73.2.9)- Anafilaxia.
- 73.3)- Historia.
- 73.4)- Epidemiología.
- 73.5)- Etiología.
- 73.5.1)- Aumento de la Permeabilidad Intestinal.
- 73.5.2)- Defectos en la Barrera Pulmonar.
- 73.5.3)- Hipótesis de la Higiene.
- 73.6)- Patogenia.
- 73.7)- Cuadro Clínico.
- 73.7.1)- Crisis Alérgica.
- 73.8)- Diagnóstico
- 73.8.1)- Análisis de Sangre.
- 73.8.2)- Tests.
- 73.8.3)- Seguimiento.
- 73.8.4)- Estudios Genéticos.
- 73.9)- Tratamiento.
- 73.9.1)- Evitación del Alérgeno.
- 73.9.2)- Tratamiento Farmacológico.
- 73.9.3)- Inmunoterapia Con Alérgenos.
- 73.10)- Profilaxis.
- 73.10.1)- Lactancia Materna.
- 73.11)- La Aerobiología y la Alergia.
- 73.12)- Véase también.
- 73.13)- Referencias.
- 73.14)- Bibliografía.
- 73.15)- Enlaces Externos.
- CAPÌTULO LXXIV: - 74)- CELIAQUÍA O ENFERMEDAD CELIACA.-
- 74.1)- Historia.
- 74.2)- Epidemiología.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 74.3)-Etiología.
- 74.4)- Patogenia.
- 74.5)- Cuadro Clínico.
- 74.5.1)- Lactantes.
- 74.5.2)- Niños.
- 74.5.3)- Adultos.
- 74.5.4)- Síndrome del Intestino Irritable.
- 74.5.5)- Dermatitis Herpetiforme.
- 74.5.6)- Dificultad Para la Identificación de los Síntomas.
- 74.5.7)- Tabla de Síntomas y Signos.
- 74.5.8)- Grupos de Riesgo y Enfermedades Asociadas.
- 74.6)- Diagnóstico.
- 74.6.1)- Criterios Diagnósticos.
- 74.6.2)- Marcadores Serológicos.
- 74.6.2.1)- Anticuerpos Anti-Transglutaminasa Tisular del Tipo 2 (anti-TGt ó TGT).
- 74.6.2.2)- Otros.
- 74.6.3)- Analíticas.
- 74.6.4)- Biopsias Duodenales.
- 74.6.4.1)- Hallazgos en las Biopsias Duodenales.
- 74.6.4.2)- Escala de Marsh Para la Clasificación de los Hallazgos en las Biopsias Duodenales.
- 74.6.4.3)- Errores frecuentes en la Interpretación de las Biopsias Duodenales.
- 74.6.5)- Marcadores Genéticos.
- 74.6.6)- Diagnóstico de Casos Dudosos o Difíciles.
- 74.6.6.1)- Utilidad de la Dieta Sin Gluten "de prueba" Para confirmar el Diagnóstico.
- 74.6.6.2)- Consideraciones Importantes sobre la Prueba con la Dieta Sin Gluten.
- 74.6.7)- Pruebas de Provocación.
- 74.6.8)- Errores Frecuentes.
- 74.6.8.1)- En el Diagnóstico.
- 74.6.8.2)- En la valoración de la Respuesta a la Prueba con la Dieta Sin Gluten.
- 74.6.8.3)- En el diagnóstico en la Infancia.
- 74.6.8.4)- Retraso del Crecimiento.
- 74.7)- Diagnóstico Diferencial.
- 74.8)- Tratamiento.
- 74.8.1)- Mala Respuesta a la Dieta y Persistencia de Síntomas.
- 74.8.2)- Cumplimiento de la Dieta Sin Gluten.
- 74.8.2.1)- Contaminación Cruzada.
- 74.8.2.2)- Límite de Tolerancia.
- 74.8.3)- Dieta de Eliminación de la Contaminación Por Gluten.
- 74.8.4)- Controversias Sobre la Avena.
- 74.8.5)- Símbolo de la Espiga Barrada.
- 74.8.6)- Gluten en los Medicamentos y Productos Farmacéuticos.
- 74.8.6.1)- Medicamentos.
- 74.8.6.1.1)- Advertencias en Medicamentos Que Contienen Almidones de Cereales Con Gluten.
- 74.8.6.2)- Suplementos Vitamínicos, Minerales y Dietéticos, y Productos a Base de Plantas.
- 74.9)- Pronóstico.
- 74.9.1)- Formas Refractarias.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 74.10)- Profilaxis.
- 74.11)- Sensibilidad al Gluten No Celíaca.
- 74.12)- Contaminación de los Alimentos Para Celíacos.
- 74.13)- Día de los Celíacos.
- 74.14)- Véase También.
- 74.15)- Notas.
- 74.16)- Referencias.
- 74.17)- Bibliografía.
- 74.18)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXXV: - 75)- ALERGIA A ALIMENTOS.-
- 75.1)- Etiología.
- 75.2)- Diagnóstico.
- 75.3)- Prevalencia.
- 75.4)- Terminología.
- 75.5)- Manifestaciones.
- 75.6)- Tratamiento.
- 75.7)- Alimentos Que Pueden Producir Alergia.
- 75.8)- Otras Alergias Relacionadas.
- 75.9)- Véase También.
- 75.10)- Referencias.
- 75.11)- Bibliografía.
- 75.12)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXXVI: - 76)- INTOLERANCIA A LOS ALIMENTOS.-
- 76.1)- Tipos.
- 76.2)- Véase También.
- 76.3)- Referencias.
- 76.4)- Bibliografía.
- 76.5)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXXVII: - 77)- HOMEOSTASIS.-
- 77.1)- Interacción Entre Ser Vivo y Ambiente: Respuestas a los Cambios.
- 77.2)- Homeostasis y Sistemas de Control.
- 77.2.1)- Homeostasis de la Glucemia.
- 77.3)- Homeostasis Psicológica.
- 77.4)- Homeostasis Cibernética.
- 77.5)- Véase También.
- 77.6)- Referencias.
- 77.7)- Bibliografía.
- 77.8)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXXVIII: - 78)- EUSTRÉS.-
- 78.1)- Definición.
- 78.2)- Medición.
- 78.3)- En Comparación Con la Angustia.
- 78.4)- Ocupacional.
- 78.5)- Autoeficacia.
- 78.6)- Flujo.
- 78.7)- Factores.
- 78.8)- Ejemplos.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 78.9)- Véase También.
- 78.10)- Referencias.
- 78-11)- Bibliografía.
- 78.12)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXXIX: - 79)- DISTRÉS .
- 79.1)- Factores de Riesgo.
- 79.2)- Consecuencias.
- 79.3)- Prevención.
- 79.4)- Véase También.
- 79.5)- Referencias.
- 79.6)- Bibliografía Utilizada.
- 79.7)- Bibliografía Recomendada.
- 79.8)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXXX: - 80)- SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL.-
- 80.1)- Sinonimia.
- 80.2)- Origen conceptual del Síndrome de Desgaste Profesional
- 80.3)- Población de Riesgo.
- 80.4)- Dimensiones.
- 80.5)- Síntomas.
- 80.6)- Causas.
- 80.7)- Prevalencia del Desgaste Profesional.
- 80.8)- Taxonomía de Modelos Explicativos del *Burnout*.
- 80.9)- *Burnout* en el Ámbito Deportivo.
- 80.10)- Instrumentos de Valoración.
- 80.11)- Diferencias entre Estrés y *Burnout* (Desgaste Profesional)
- 80.12)- Véase También.
- 80.13)- Notas.
- 80.14)- Referencias.
- 80.15)- Bibliografía.
- 80.16)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXXXI: - 81)- USO RECREATIVO DE DROGAS.-
- 81.1)- Definición.
- 81.2)- Tipos de Drogas.
- 81.2.1)- Drogas Comunes.
- 81.3)- Referencias.
- 81.4)- Bibliografía.
- 81.5)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXXXII: - 82)- DROGODEPENDENCIA.-
- 82.1)- Criterios Diagnósticos.
- 82.2)- Circuitos Neurales Implicados en la Dependencia.
- 82.3)- Aspectos Relacionados con la Drogodependencia.
- 82.3.1)- Causas de la Adicción.
- 82.3.2)- Perfil psicosocial del Drogadicto, Consecuencias y Centros de Apoyo.
- 82.3.3)- Efectos.
- 82.3.4)- De Acuerdo con los Efectos Que Producen las Drogas se Clasifican en
- 82.3.4.1)- El deporte en la Lucha Contra las Adicciones.
- 82.4)- La Drogadicción en la Infancia; Causas y Prevención

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 82.5)- Abuso en el Consumo de Sustancias Controladas.
- 82.5.1)- Antecedentes.
- 82.5.2)- Consumo de Sustancias Controladas en las Escuelas.
- 82.5.3)- Actualidad.
- 82.5.4)- Acciones Internacionales.
- 82.6)- Véase También.
- 82.7)- Referencias.
- 82.8)- Bibliografía.
- 82.9)- Enlaces Externos.
- TOMO VIII -
- CAPÍTULO LXXXIII: - 83)- INFLAMACIÓN.-
- [83.1\)- Agentes Inflamatorios.](#)
- [83.2\)- Evolución Histórica.](#)
- [83.3\)- Inflamación Aguda.](#)
- [83.3.1\)- Cambios Hemodinámicos en el Calibre y en el Flujo.](#)
- [83.3.2\)- Alteración de la Permeabilidad Vascul.](#)
- [83.3.2.1\)- Contracción de las Células Endoteliales.](#)
- [83.3.2.2\)- Daño Endotelial.](#)
- [83.3.2.3\)- Aumento de la Transcitosi.](#)
- [83.3.2.4\)- Respuestas de los Vasos Linfáticos.](#)
- [83.3.3\)- Modificaciones Leucocitarias.](#)
- [83.3.4\)- Mediadores de la Inflamación.](#)
- [83.3.4.1\)- Metabolitos del Ácido Araquidónico.](#)
- [83.3.4.2\)- Aminas Vasoactivas: Histamina y Serotonina.](#)
- [83.3.4.3\)- Citoquinas.](#)
- [83.3.4.4\)- Factor Activador de las Plaquetas.](#)
- [83.3.4.5\)- Óxido Nítrico.](#)
- [83.3.4.6\)- Radicales Libres de Oxígeno \(RLO\).](#)
- [83.3.4.7\)- Constituyentes de los Lisosomas de los Leucocitos.](#)
- [83.3.4.8\)- Neuropeptidos.](#)
- [83.3.4.9\)- Mediadores Derivados de Proteínas Plasmáticas.](#)
- [83.3.5\)- Efectos Generales de la Inflamación.](#)
- [83.3.6\)- Detención de la Respuesta Inflamatoria Aguda.](#)
- [83.4\)- Inflamación Crónica.](#)
- [83.4.1\)- Causas.](#)
- [83.4.1.1\)- Infecciones Persistentes.](#)
- [83.4.1.2\)- Enfermedades Mediadas por el Sistema Inmune.](#)
- [83.4.1.3\)- Exposición Prolongada a Agentes Tóxicos.](#)
- [83.4.1.4\)- Teorías Nuevas: Permeabilidad Intestinal Aumentada.](#)
- [83.4.2\)- Características.](#)
- [83.4.3\)- Células Implicadas en la Inflamación Crónica.](#)
- [83.4.3.1\)- Macrófagos.](#)
- [83.4.3.2\)- Linfocitos.](#)
- [83.4.3.3\)- Células Plasmáticas.](#)
- [83.4.3.4\)- Eosinófilos.](#)
- [83.4.3.5\)- Mastocitos.](#)
- [83.4.3.6\)- Neutrófilos.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [83.4.4\)- Inflamación Granulomatosa.](#)
- [83.5\)- Véase También.](#)
- [83.6\)- Referencias.](#)
- [83.7\)- Bibliografía.](#)
- [83.8\)- Enlaces Externos.](#)
- [CAPÍTULO LXXXIV: - 84\)- VULVODINIA.-](#)
- [84.1\)- Signos y Síntomas.](#)
- [84.2\)- Causas.](#)
- [84.3\)- Complicaciones.](#)
- [84.4\)- Tratamiento.](#)
- [84.5\)- Referencias.](#)
- [84.6\)- Bibliografía.](#)
- [84.7\)- Enlaces Externos.](#)
- [CAPÍTULO LXXXV: - 85\)- SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE.-](#)
- [85.1\)- Clasificación.](#)
- [85.2\)- Historia.](#)
- [85.3\)- Epidemiología.](#)
- [85.4\)- Etiología.](#)
- [85.5\)- Cuadro Clínico.](#)
- [85.5.1\)- Comorbilidad Con Otras Enfermedades.](#)
- [85.5.2\)- Síntomas Incompatibles Con el Síndrome del Intestino Irritable.](#)
- [85.6\)- Diagnóstico.](#)
- [85.6.1\)- Criterios Diagnósticos Basados en Síntomas.](#)
- [85.6.2\)- Criterios Diagnósticos Por Exclusión de Patología Orgánica.](#)
- [85.6.2.1\)- Analítica Elemental.](#)
- [85.6.2.2\)- Gastroscopia.](#)
- [85.6.2.3\)- Pruebas Genéticas.](#)
- [85.6.2.4\)- Colonoscopia.](#)
- [85.6.2.5\)- Estudios de Imagen.](#)
- [85.6.2.6\)- Test Respiratorios de Malabsorción de Carbohidratos.](#)
- [85.6.2.7\)- Pruebas en Heces.](#)
- [85.6.2.8\)- Biomarcadores y Alergias Alimentarias.- 85.7\)- Diagnóstico Diferencial.](#)
- [85.8\)- Tratamiento.](#)
- [85.8.1\)- Medidas Generales.](#)
- [85.8.2\)- Relación Médico-paciente.](#)
- [85.8.3\)- Dieta](#)
- [85.8.3.1\)- Dieta Sin Gluten.](#)
- [85.8.3.2\)- Controversias Sobre la Dieta Baja en FODMAP.](#)
- [85.8.4\)- Estilo de Vida.](#)
- [85.8.5\)- Terapias Dirigidas a la Microbiota e Inflamación.](#)
- [85.8.5.1\)- Probióticos](#)
- [85.8.5.2\)- Prebióticos y Simbióticos.](#)
- [85.8.5.3\)- Antibióticos.](#)
- [85.8.5.4\)- Antiinflamatorios.](#)
- [85.8.6\)- Tratamiento Farmacológico.](#)
- [85.8.6.1\)- Antidiarreicos.](#)
- [85.8.6.2\)- Antiespasmódicos.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [85.8.6.3\)- Serotoninérgicos.](#)
- [85.8.6.4\)- Lubiprostona.](#)
- [85.8.6.5\)- Psicofármacos.](#)
- [85.8.7\)- Terapias Psicosociales.](#)
- [85.8.8\)- Fármacos en Desarrollo.](#)
- [85.9\)- Pronóstico.](#)
- [85.10\)- Véase También.](#)
- [85.11\)- Referencias.](#)
- [85.12\)- Bibliografía.](#)
- 85.13)- Enlaces Externos.
- CAPÌTULO LXXXVI: - 86)- SÍNDROME DE VEJIGA HIPERACTIVA.-
- [86.1\)- Antecedentes.](#)
- [86.2\)- Tratamiento.](#)
- [86.2.1\)- No Farmacológico.](#)
- [86.2.2\)- Farmacológico.](#)
- [86.3\)- Referencias.](#)
- 86.4)- Bibliografía.
- 86.5)- Enlaces Externos.
- CAPÌTULO LXXXVII: - 87)- VEJIGA URINARIA.-
- [87.1\) Origen embriológico](#)
- [87.2\) Ubicación](#)
- [87.3\) Forma](#)
- [87.4\) Regiones del interior de la vejiga](#)
- [87.5\) Irrigación e inervación de la vejiga](#)
- [87.6\) Componentes del sistema de control de la vejiga.](#)
- [87.7\) Enfermedades de la vejiga urinaria](#)
- [87.8\) Referencias.](#)
- 87.9)- Bibliografía
- [87.10\)- Enlaces externos.](#)
- CAPÌTULO LXXXVIII: - 88)- SÍNDROME DE LAS PIERNAS INQUIETAS.-
- [88.1\)- Historia](#)
- [88.2\) Epidemiología](#)
- [88.3\) Etiología](#)
- [88.4\) Cuadro clínico](#)
- [88.5\)- Diagnóstico](#)
- [88.6\)- Diagnóstico diferencial](#)
- [88.7\)- Tratamiento](#)
- [88.8\)- Véase también](#)
- [88.9\)- Referencias.](#)
- 88.10)- Bibliografía.
- [88.11\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÌTULO IXC: - 89)- TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.-
- [89.1\)- Definición](#)
- [89.2\)- Clasificación](#)
- [89.2.1\)- Compromiso articular temporomandibular](#)
- [89.3\)- Epidemiología.](#)
- [89.4\)- Etiología.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [89.5\)- Cuadro Clínico.](#)
- [89.6\)- Diagnóstico.](#)
- [89.7\)- Tratamiento.](#)
- [89.8\)- Bibliografía](#)
- [89.9\)Referencias.](#)
- 89.10)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO XC: - 90)- RETROVIRIDAE.-
- [90.1\)- Clasificación](#)
- [90.2\)- Estructura Genética.](#)
- [90.3\)- Ciclo de Replicación.](#)
- [90.4\)- Retrovirus Humanos.](#)
- [90.4.1VIH-1\)-](#)
- [90.4.2VIH-2\)-](#)
- [90.4.3HTLV-I y HTLV-II\)-](#)
- [90.4.4XMRV\)-](#)
- [90.5\)- Uso en Terapia Génica .](#)
- 90.6)- Referencias.
- [90.7\)- Véase también.](#)
- 90.8)- Bibliografía.
- 90.9)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XCI: - 91)- COCIENTE INTELECTUAL.-
- 91.1)- [Terminología](#)
- [91.2\)- Historia.](#)
- [91.3\)- Factor G.](#)
- [91.4\)- Acuerdos de la Asociación Psicológica Estadounidense Acerca de la Inteligencia.](#)
- [91.5\)- Genética y Ambiente.](#)
- [91.5.1\)- Heredabilidad de la Inteligencia.](#)
- [91.5.2\)- El Entorno.](#)
- [91.6\)- Pruebas.](#)
- [91.7\)- Mediciones: Rangos y Puntajes del CI.](#)
- [91.7.1\)- Capacidad Cognitiva Nula CI 0-4.](#)
- [91.7.2\)- Discapacidad Cognitiva Profunda CI 5-19.](#)
- [91.7.3\)- Discapacidad Cognitiva Grave CI 20-34.](#)
- [91.7.4\)- Discapacidad Cognitiva Moderada CI 35-54.](#)
- [91.7.5\)- Discapacidad Cognitiva Leve CI 55-69.](#)
- [91.7.6\)- Inteligencia Límite CI 70-84.- 91.7.7\)- Debajo de la Media CI 85-99.](#)
- [91.7.8\)- Media de Cociente Intelectual Establecida CI 100.](#)
- [91-7.9\)- Encima de la Media CI 101-114.](#)
- [91.7.10\)- Inteligencia Brillante CI 115-129.](#)
- [91.7.11\)- Superdotación Intelectual CI 130-139.](#)
- [91.7.12\)- Genialidad Intelectual CI 140-154.](#)
- [91.7.13\)- Altas Capacidades Intelectuales CI 155-174.](#)
- [91.7.14\)- Inteligencia Excepcional CI 175-184.](#)
- [91.7.15\)- Inteligencia Profunda CI 185-201.](#)
- [91.7.16\)- Inteligencia mayor a 201.](#)
- [91.8\)- Impacto Social.](#)
- [91.8.1\)- Rendimiento Académico y CI.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [91.8.2\)- Rendimiento Laboral y CI.](#)
- [91.8.3\)- Criminalidad y CI.](#)
- [91.9\)- El Efecto Flynn.](#)
- [91.10\)- Edad y CI.](#)
- [91.11\)- Polémica.](#)
- [91.12\)- Notas.](#)
- [91.13\)- Véase También.](#)
- [91.14\)- Referencias.](#)
- 91.15)- Bibliografía.
- 91.16)- Enlaces Externos.
 - CAPÍTULO XCII: - 92)- ESTADO DE ÁNIMO.-
- [92.1\)- Robert E. Thayer.](#)
- 92.2)- Otras Opiniones.
- [92.3\)- Véase también.](#)
- 92.4)- Bibliografía
- [92. 5\)- Referencias.](#)
- [92.6\)Enlaces externos](#) .
- CAPÍTULO XCIII: -93)- TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO.-
- [93.1\)- Historia.](#)
- [93.2\)- Epidemiología.](#)
- [93.3\)- Clasificación](#)
- [93.3.1\)- Trastornos Depresivos.](#)
- [93.3.1.1\)- Trastorno Depresivo Mayor.](#)
- [93.3.2\)- Trastornos Bipolares.](#)
- [93.3.3\)- Trastornos del Estado del Ánimo Inducidos Por Sustancias.](#)
- [93.3.3.1\)- Inducidos Por el Alcohol.](#)
- [93.3.3.2\)- Inducidos Por las Benzodiacepinas.](#)
- [93.3.4\)- Trastorno del Estado de Ánimo No Especificado.](#)
- [93.4\)- Véase También.](#)
- [93.5\)- Referencias.](#)
- [93.6\)- Bibliografía.](#)
- 93.7)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO XCIV: - 94)- MIALGIA.-
- [94.1\)- Causas.](#)
- [94.2\)- Véase También.](#)
- [94.3\)- Bibliografía](#)
- [94.4\)- Referencias.](#)
- 94.5)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO XCV: - 95)- ASTENIA.
- 95.1)Etiología
- [95.1.1\)- Causa Funcional.](#)
- [95.1.2\)- Causa Orgánica.](#)
- 95.2)- Cuadro Clínico.
- [95.3\)- Diagnóstico Diferencial.](#)
- [95.4\)- Referencias.](#)
- 95.5)- Bibliografía.
- [95.6\)- Enlaces Externos.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- TOMO IX -
- CAPÍTULO XCVI: -96)- ANGSTIA.-
- 96.1)- [Primeros Desarrollos Freudianos.](#)
- 96.1.1)- [Angustia Realista y Angustia Neurótica.](#)
- 96.1.2)- [La Segunda Teoría Freudiana de la Angustia.](#)
- 96.1.2.1)- [Instancias Psíquicas y Angustia.](#)
- 96.1.2.2)- [El Arquetipo del Nacimiento y el Peligro Objetivo de Toda Angustia.](#)
- 96.1.2.3)- [Angustia: Señal, Desarrollo y Represión.](#)
- 96.2)- [La Angustia Desde la Mirada Filosófica.](#)
- 96.2.1)- [Antigüedad.](#)
- 96.2.2)- [Medievo.](#)
- 96.2.3)- [Contemporaneidad.](#)
- 96.3)- [Referencias.](#)
- 96.4). [Bibliografía.](#)
- 96.4.1)- [Bibliografía del Apartado Sobre la Mirada Filosófica.](#)
- 96.5)- [Enlaces Externos](#)
- CAPÍTULO XCVII: - 97)- ANSIEDAD.-
- 97.1)- [Descripción General.](#)
- 97.2)- [Ansiedad Patológica.](#)
- 97.2.1)- [Diferencia Entre Ansiedad Normal y Patológica.](#)
- 97.3)- [Síntomas.](#)
- 97.3.1)- [Escala de Ansiedad Hamilton.](#)
- 97.3.2)- [Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.](#)
- 97.4)- [Diagnóstico Diferencial.](#)
- 97.5)- [Pronóstico.](#)
- 97.6)- [Según la Psicología Cognitiva.](#)
- 97.7)- [Véase También.](#)
- 97.8)- [Referencias.](#)
- 97.9)- [Biografía.](#)
- 97.10)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XCVII: - 97)- ANSIEDAD.-
- 97.1)- [Descripción General.](#)
- 97.2)- [Ansiedad Patológica.](#)
- 97.2.1)- [Diferencia Entre Ansiedad Normal y Patológica.](#)
- 97.3)- [Síntomas.](#)
- 97.3.1)- [Escala de Ansiedad Hamilton.](#)
- 97.3.2)- [Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.](#)
- 97.4)- [Diagnóstico Diferencial.](#)
- 97.5)- [Pronóstico.](#)
- 97.6)- [Según la Psicología Cognitiva.](#)
- 97.7)- [Véase También.](#)
- 97.8)- [Referencias.](#)
- 97.9)- [Biografía.](#)
- 97.10)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XCVIII: - 98)- DEPRESIÓN.-
- 98.1)- [Clasificación.](#)
- 98.2)- [Historia.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [98.3\)- Epidemiología.](#)
- [98.4\)- Etiología.](#)
- [98.4.1\)- Teoría Inflamatoria.](#)
- [98.4.2\)- Factores Ambientales.](#)
- [98.4.2.1\)- Estrés Psicosocial y Trauma.](#)
- [98.4.2.2\)- Dieta.](#)
- [98.4.2.\)- Permeabilidad Intestinal e Intolerancia Alimentaria.](#)
- [98.4.2.4\)- Ejercicio.](#)
- [98.4.2.5\)- Obesidad.](#)
- [98.4.2.6\)- Tabaquismo.](#)
- [98.4.2.7\)- Trastornos Atópicos.](#)
- [98.4.2.8\)- Enfermedades Periodontales.](#)
- [98.4.2.9\)- Sueño.](#)
- [98.4.2.10\)- Vitamina D.](#)
- [98.4.2.11\)- Otros.](#)
- [98.4.3\)- Genética.](#)
- [98.5\)- Cuadro Clínico.](#)
- [98.5.1\)- Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Único o Recidivante.](#)
- [98.5.2\)- Trastorno Distímico.](#)
- [98.5.3\)- Trastorno Adaptativo Con Estado de Ánimo Depresivo o Mixto :Ansiedad y Ánimo Depresivo.](#)
- [98.5.4\)- Trastorno Depresivo No Especificado.](#)
- [98.5.5\)- Otros tipos.](#)
- [98.5.6\)- Trastorno Depresivo Asociado a Duelo Patológico.](#)
- [98.5.7\)- Clasificación de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.](#)
- [98.5.8\)- Situaciones Particulares.](#)
- [98.5.8.1\)- En las Mujeres.](#)
- [98.5.8.2\)- En los Varones.](#)
- [98.5.8.3\)- En la Vejez.](#)
- [98.5.8.4\)- En la Infancia.](#)
- [98.5.8.5\)- En el Bebé.](#)
- [98.6\)- Diagnóstico.](#)
- [98.7\)- Diagnóstico Diferencial.](#)
- [98.8\)- Tratamiento.](#)
- [98.8.1\)- Farmacológico.](#)
- [98.8.2\)- Psicoterapia.](#)
- [98.8.2.1\)- Psicoterapia Interpersonal.](#)
- [98.8.2.2\)- Terapia Cognitiva.](#)
- [98.8.2.3\)- Terapia Conductual.](#)
- [98.8.2.4\)- Psicoterapias Psicodinámicas Breves.](#)
- [98.8.2.5\)- Acompañamiento Terapéutico y Casas de Medio Camino.](#)
- [98.8.3\)- Medidas Coadyuvantes.](#)
- [98.9\)- Pronóstico.](#)
- [98.10\)- Profilaxis.](#)
- [98.11\)- Véase También.](#)
- [98.12\)- Bibliografía.](#)
- [98.13\)- Referencias](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [98.14\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO IC: -99)- TIPOS DE DISCAPACIDAD.-
- [99.1\)- Discapacidad Física o Motora.](#)
- [99.1.1\)- Criterios de Identificación.](#)
- [99.2\)- Discapacidad Sensorial.](#)
- [99.2.1\)- Discapacidad Auditiva.](#)
- [99.2.2\)- Discapacidad Visual.](#)
- [99.2.3\)- Criterios de Identificación.](#)
- [99.2.4\)- Causas.](#)
- [99.3\)- Discapacidad Psíquica.](#)
- [99.3.1\)- Criterios de Identificación.](#)
- [99.4\)- Discapacidad Intelectual o Mental.](#)
- [99.4.1\)- Definición de la A.A.R.M. \(2002\).](#)
- [99.4.2\)- Causas.](#)
- [99.5\)- Véase También.](#)
- [99.6\)- Referencias.](#)
- 99.7)- Bibliografía.
- 99.8)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO C: - 100)- INMUNODEFICIENCIAS.-
- [100.1\)- Tipos.](#)
- [100.1.1\)- Primarias o Congénitas.](#)
- [100.1.2\)- Secundarias o Adquiridas.](#)
- [100.2\)- Causas.](#)
- [100.3\)- Clasificación.](#)
- [100.4\)- Véase También.](#)
- [100.5\)- Bibliografía.](#)
- [100.6\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO CI: - 101)- MANÍA.
- [101.1\)- Clasificación.](#)
- [101.1.1\)- Estados Mixtos.](#)
- [101.1.2\)- Hipomanía.](#)
- [101.1.3\)- Otros Trastornos Asociados.](#)
- [101.2\)- Signos y Síntomas.](#)
- [101.3\)- Causas.](#)
- [101.4\)- Mecanismo.](#)
- [101.5\)- Diagnóstico.](#)
- [101.6\)- Tratamiento.](#)
- [101.7\)- Sociedad y Cultura.](#)
- [101.8\)- Etimología](#)
- [101.9\)- Véase También.](#)
- [101.10\)- Notas.](#)
- 101.11) - Biografía.
- [101.12\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO CII: -102)- PSICOSIS.-
- [102.1\)- Definición.](#)
- [102.2\)- Causas.](#)
- [102.3\)- Clasificación.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [102.4\)- Cuadro Clínico.](#)
- [102.5\)- Tratamiento.](#)
- [102.6\)- Psicosis y Locura.](#)
- [102.7\)- Véase También.](#)
- [102.8\)- Referencias.](#)
- 102.9)- Biografía.
- 102)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO CIII: - 103)- TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.-
- 103.1)- [Epidemiología.](#)
- 103.2)- [Etiología.](#)
- 103.2.1)- [Factores Biológicos.](#)
- 103.2.2)- [Problemas de Tipo Fisiológico.](#)
- 103.3)- [Patogenia.](#)
- 103.4)- [Diagnóstico.](#)
- 103.4.1)- [Evaluación Inicial.](#)
- 103.4.2)- [Semiología Adicional del TLP y Biomarcadores.](#)
- 103.4.3)- [Criterios del *DSM-IV-TR*.](#)
- 103.4.4)- [Otros Sistemas Diagnósticos Distintos al *DSM*.](#)
- 103.5)- [Diagnóstico Diferencial.](#)
- 103.5.1)- [Con trastornos de la Afectividad.](#)
- 103.5.2)- [Con el Trastorno Por Déficit de Atención Con Hiperactividad.](#)
- 103.5.3)- [Con Otros Trastornos de Personalidad.](#)
- 103.6)- [Cuadro Clínico.](#)
- 103.6.1)- [Características Según el Sexo.](#)
- 103.6.2)- [Psicopatología I: Características Generales de las Personas Con TLP.](#)
- 103.6.3)- [Psicopatología II: Formas \(Tipología\) de la Personalidad Límite.](#)
- 103.6.4)- [Comorbilidad.](#)
- 103.6.5)- [Curso.](#)
- 103.7)- [Pronóstico.](#)
- 103.7.1)- [El Riesgo de Suicidio en el TLP.](#)
- 103.8)- [Tratamiento.](#)
- 103.8.1)- [Psicoterapia.](#)
- 103.8.1.1)- [Terapia Cognitivo Conductual.](#)
- 103.8.1.2)- [Terapia Dialéctica Conductual.](#)
- 103.8.1.3)- [Terapia Cognitiva Focal de Esquemas.](#)
- 103.8.1.4)- [Terapia Cognitivo-analítica.](#)
- 103.8.1.5)- [Psicoanálisis.](#)
- 103.8.1.6)- [Psicoterapia Enfocada a la Transferencia.](#)
- 103.8.1.7)- [Psicoterapia Basada en la Mentalización.](#)
- 103.8.1.8)- [Terapia de Pareja, Conyugal o de Familia.](#)
- 103.8.2)- [Medicación.](#)
- 103.8.2.1)- [Antidepresivos.](#)
- 103.8.2.2)- [Antipsicóticos.](#)
- 103.8.2.3)- [Otros.](#)
- 103.9)- [Servicios Mentales de Salud y Recuperación.](#)
- 103.9.1)- [Combinar la Farmacoterapia y la Psicoterapia.](#)
- 103.9.2)- [Dificultades en la Terapia.](#)

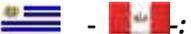
**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [103.9.2.1\)- Otras Estrategias.](#)
- [103.10\)- Aspectos Sociológicos y Culturales.](#)
- [103.10.1\)- Coste Social del TLP.](#)
- [103.10.2\)- Referencias Culturales.](#)
- [103.11\)- Véase También.](#)
- [103.12\)- Referencias.](#)
- [103.13\)- Bibliografía.](#)
- [103.13.1\)- En Español.](#)
- [103.13.2\)- En Alemán.](#)
- [103.13.3\)- En inglés.](#)
- [103.14\)- Enlaces Externos.](#)
- [103.14.1\)- En Español.](#)
- [103.14.2\)- En Inglés.](#)
- CAPÍTULO CIV: - 104)- NEUROSIS.-
- [104.1\)- Origen del Término.](#)
- [104.2\)- Concepciones Psicoanalíticas.](#)
- [104.2.1\)- Sigmund Freud.](#)
- [104.2.1.1\)- Neurosis y Normalidad.](#)
- [104.2.1.2\)- La Importancia de la Endeblez del Yo Infantil.](#)
- [104.2.1.3\)- El Papel de las Pulsiones Parciales.](#)
- [104.3\)- En la Obra de Pierre Janet.](#)
- [104.4\)- En la Obra de Henri Ey.](#)
- [104.4.1\)- Aspectos Clínicos Generales Según Ey.](#)
- [104.5\)- La Neurosis y el Arte.](#)
- [104.6\)- Referencias.](#)
- [104.7\)- Bibliografía.](#)
- [104.8\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO CV: - 105)- TERAPIA DE LA CONDUCTA.-
- [105.1\)- Lista de Estrategias.](#)
- [105.2\)- Historia.](#)
- [105.3\)- Técnicas de Modificación de Conducta.](#)
- [105.3.1\)- La Desensibilización Sistemática.](#)
- [105.3.2\)- La Terapia de Aversión.](#)
- [105.3.3\)- El Bio-feed-back o 'Biorrealimentación'.](#)
- [105.3.4\)- El Análisis de la Conducta Aplicada.](#)
- [105.4\)- Véase También.](#)
- [105.5\)- Referencias.](#)
- 105.6)- Bibliografía.
- 105.7)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO CVI: - 106)- TERAPIA COGNITIVA.-
- 106.1)- [Introducción](#)
- [106.2\)- Tipos de Terapias Cognitivas.](#)
- [106.2.1\)- Evaluación Inicial.](#)
- [106.2.2\)- Psicoeducación.](#)
- [106.2.3\)- Biblioterapia.](#)
- [106.2.4\)- Autoayuda.](#)
- [106.3\)- Pensamientos Disfuncionales.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [106.4\)- Aplicación.](#)
- [106.4.1\)- Trastornos del Eje I del DSM.](#)
- [106.4.1.1\)- Depresión.](#)
- [106.4.1.2\)- Ansiedad.](#)
- [106.4.2\)- Trastornos del Eje II del DSM.](#)
- [106.5\)- Referencias.](#)
- [106.6\)- Bibliografía.](#)
- [106.7\)- Véase También.](#)
- **CAPÍTULO CVII: -107)- TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES.-**
- [107.1\)- Lista de Algunas Terapias Cognitivo-conductuales.](#)
- [107.2\)- Fechas Históricas.](#)
- [107.3\)- Evidencia de Eficacia Clínica.](#)
- [107.4\)- Véase Además.](#)
- [107.5\)- Referencias.](#)
- [107.6\)- Bibliografía.](#)
- [107.7\)- Enlaces Externos.](#)
- **CAPÍTULO CVIII: - 108)- PSICOTERAPIA.-**
- [108.1\)- Escuelas de Psicoterapia.](#)
- [108.2\)- Escuelas y Enfoques.](#)
- [108.3\)- Lista de Modalidades Psicoterapéuticas.](#)
- [108.4\)- Objetivos de las Psicoterapias.](#)
- [108.5\)- Eficacia de la Psicoterapia.](#)
- [108.5.1\)- Estudios Comparativos de Eficacia.](#)
- [108.5.2\)- Tratamientos Científicamente Validados.](#)
- [108.6\)- Véase También.](#)
- [108.7\)- Referencias.](#)
- [108.8\)- Bibliografía.](#)
- [108.8.1\)- Escuelas Psicodinámicas.](#)
- [108.8.2\)- Escuelas Humanistas.](#)
- [108.8.3\)- Escuelas Conductistas.](#)
- [108.8.4\)- Psicoterapia en General.](#)
- [108.9\)- Enlaces Externos.](#)
- **CAPÍTULO CIX: - 109)- MIGRAÑA.-**
- [109.1\)- Historia](#)
- [109.2\)- Etiología.](#)
- [109.2.1\)- Teoría Vasculuar.](#)
- [109.2.2\)- Teoría Neurogénica.](#)
- [109.2.3\)- Eje Intestino-cerebro.](#)
- [109.3\)- Factores Desencadenantes.](#)
- [109.4\)- Cuadro Clínico.](#)
- [109.4.1\)- Pródromos.](#)
- [109.4.2\)- . Aura.](#)
- [109.4.3\)- . Dolor.](#)
- [109.4.4\)- . Resolución y Pósdromos.](#)
- [109.5\)- Migraña en la Infancia y Adolescencia.](#)
- [109.5.1\)- Vómitos Cíclicos de la Infancia.](#)
- [109.5.2\)- Migraña Abdominal.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 109.5.3)- [Vértigo Benigno Paroxístico de la Infancia.](#)
- 109.6)- [Clasificación.](#)
- 109.7)- [Complicaciones.](#)
- 109.7.1)- [Estatus Migrañoso.](#)
- 109.7.2)- [Migraña Crónica.](#)
- 109.7.3)- [Infarto Migrañoso.](#)
- 109.7.4)- [Migralepsia.](#)
- 109.8)- [Tratamientos.](#)
- 109.8.1)- [Tratamientos No Farmacológicos.](#)
- 109.8.2)- [Tratamiento de las Crisis.](#)
- 109.8.3)- [Medicación Preventiva.](#)
- 109.8.4)- [Otros Tratamientos.](#)
- 109.8.4.1)- [Bioretroalimentación.](#)
- 109.9)- [Véase También.](#)
- 109.10)- [Referencias.](#)
- 109.11)- [Bibliografía.](#)
- 109.12)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO CX: - 110)- CEFALEA.-
- 110.1)- [Clasificación y Etiología.](#)
- 110.1.1)- [Cefaleas Primarias.](#)
- 110.1.2)- [Cefaleas Secundarias.](#)
- 110.1.3)- [Neuralgias Craneales y Dolor Facial Central y Primario y Otras Cefaleas.](#)
- 110.2)- [Patogenia.](#)
- 110.3)- [Diagnóstico.](#)
- 110.3.1)- [Historia Clínica.](#)
- 110.3.2)- [Exploración Física General y Neurológica.](#)
- 110.3.3)- [Exámenes Complementarios.](#)
- 110.4)- [Signos Clínicos de Gravedad.](#)
- 110.5)- [Tratamiento.](#)
- 110.6)- [Véase También.](#)
- 110.7)- [Referencias.](#)
- 110.8)- [Bibliografía.](#)
- 110.9)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO CXI: -111) - LOS 139 LIBROS PUBLICADOS PROF. Dr. ENRIQUE BARMAIMON:
-:
- CAPÍTULO CXII: - 112)- CURRÍCULO PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON

0 0 0 0 0 0 0 0

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- TOMO IX -

**- CAPÍTULO XCVI: -96)- ANGUSTIA.-
-De Wikipedia, la Enciclopedia Libre.**

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**



- *Angustia*, óleo sobre lienzo de [August Friedrich Schenck](#) ,1878, [National Gallery of Victoria](#).
- La angustia ([etimología](#): del [indoeuropeo](#) *anghu-*, *moderación*, relacionado con la palabra [alemana](#) *Angst*): - Es un estado afectivo, de carácter penoso , conocido en algunos lugares de [España](#), como Bermejo, que se caracteriza por aparecer, como reacción ante un peligro desconocido o impresión.
- Suele estar acompañado, por intenso malestar psicológico, y por pequeñas alteraciones en el organismo, tales como: elevación del ritmo cardíaco, temblores, sudoración excesiva, sensación de opresión en el pecho o de falta de aire ; de hecho, “angustia” se refiere a “angostamiento”.
- En el sentido y uso vulgares, se lo hace equivalente a [ansiedad](#) extrema, o [miedo](#). Sin embargo, por ser un estado afectivo de índole tan particular, ha sido tema de estudio de una disciplina científica: la [psicología](#), y especialmente del [psicoanálisis](#); que ha realizado los principales aportes para su conocimiento, y lo ha erigido, como uno de sus conceptos fundamentales.
- Como todos los conceptos freudianos, el de Angustia, fue construido por [Freud](#), poco a poco, articulándose a la vez con los demás, que integraban la teoría psicoanalítica, en pleno desarrollo, y creciendo a la luz de los nuevos descubrimientos, que el maestro vienés ,realizaba en su práctica clínica.

- ÍNDICE.-

-CAPÍTULO XCVI: -96)- ANGUSTIA.-

-96.1)- [Primeros Desarrollos Freudianos](#).

- 96.1.1)- [Angustia Realista y Angustia Neurótica](#).

- 96.1.2)- [La Segunda Teoría Freudiana de la Angustia](#).

- 96.1.2.1)- [Instancias Psíquicas y Angustia](#).

- 96.1.2.2)- [El Arquetipo del Nacimiento y el Peligro Objetivo de Toda Angustia](#).

- 96.1.2.3)- [Angustia: Señal, Desarrollo y Represión](#).

- 96.2)- [La Angustia Desde la Mirada Filosófica](#).

-96.2.1)- [Antigüedad](#).

- 96.2.2)- [Medievo](#).

- 96.2.3)- [Contemporaneidad](#).

- 96.3)- [Referencias](#).

- 96.4)- [Bibliografía](#).

- 96.4.1)- [Bibliografía del Apartado Sobre la Mirada Filosófica](#).

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

- 96.1)- Primeros Desarrollos Freudianos.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

-En sus primeros desarrollos sobre la angustia, Freud comienza señalando la particularidad de este estado afectivo penoso, que es el afecto penoso por excelencia, diferente de todos los otros.

- Lo que lo hace tan particular y digno de investigación dirá Freud: " Es, en parte, que aparece refiriéndose a algo indeterminado, es decir, sin objeto". Dice además, en la Conferencia 25, de las Conferencias de introducción al psicoanálisis, que en realidad no necesita presentarla al lector, pues es seguro que alguna vez la ha sentido, dada su universalidad. En este mismo texto de 1916 (17): " Señala la necesidad de una explicación del tema diferente de la medicina académica de la época, que pretendía reconducir todo a cuestiones orgánicas, lo cual le restaba importancia a este concepto pues, en palabras de Freud: "(...)el problema de la angustia es un punto nodal en el que confluyen las cuestiones más importantes y diversas; se trata, en verdad, de un enigma, cuya solución arrojaría mucha luz sobre el conjunto de nuestra vida anímica". ([Sigmund Freud](#): "Conferencias de introducción al Psicoanálisis, Conferencia" 25.)

- 96.1.1)- Angustia Realista y Angustia Neurótica.

- En esta primera versión de la teoría de la angustia : luego de las elucidaciones alcanzadas más adelante con respecto al "[Yo, el Ello y el Superyó](#)", Freud hará un giro fundamental, parte de la diferencia entre "angustia realista" y "angustia neurótica".

- "La angustia realista es aquella, que como un apronte angustiado, alerta y prepara para la huida ante un peligro exterior; es un estado de atención sensorial incrementada y tensión motriz. Puede haber dos desenlaces para ella: o bien genera una reacción adecuada al fin y se limita a una señal que ayuda a ponerse a salvo del peligro, o genera por el desarrollo total de la angustia una reacción inadecuada, que termina en paralizar al individuo".

- Es importante diferenciar la angustia del miedo y del terror. El miedo a diferencia de la angustia, se refiere claramente a un objeto, y el terror es el sentimiento que aparece, justamente, cuando no hubo apronte angustiado y el peligro sobresalta.

-Sin embargo lo que verdaderamente le interesa a Freud, es lo que llama angustia neurótica.

- En relación con ciertos cuadros clínicos encuentra tres constelaciones posibles: una "angustia expectante" o libremente flotante ,que está a la espera de unirse de forma pasajera a cualquier objeto posible; una angustia que se ha relacionado con un peligro externo, que a cualquier observador le parece desmedida; y aquella angustia, que se da en forma de ataques o de permanencia prolongada, pero sin que nunca se le descubra fundamento exterior. En todos estos casos la pregunta: es *¿A qué se le tiene "miedo" en la angustia neurótica?*. En sus primeros desarrollos Freud concluye, obteniendo esta idea del estudio de las [neurosis actuales](#) y de la excitación sexual inhibida ;y otras [neurosis](#) como la [histeria](#), que la angustia es una transmutación de la [libido](#) no aplicada: es decir, que ha obrado la [represión](#) sobre una moción de [deseo](#) inconsciente, y que el monto de energía psíquica o libido ligado a esa representación reprimida, que necesariamente debe ser descargado, pasa a la conciencia como angustia. Es que la aplicación de esa libido, si bien a priori sería placentera, no acuerda con el [principio de realidad](#) y terminaría generando un monto mayor de displacer al Yo. En el caso de la angustia infantil la reconduce a una endeblez del Yo aun en conformación, que en la añoranza de la persona amada, no puede elaborar aun ese monto de excitación, y lo traspone en angustia (angustia a la soledad, a personas ajenas, etc.), es decir, que en realidad está del lado de la angustia neurótica y no de la realista.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- Es en sus indagaciones sobre la relación entre síntoma y angustia, en las que se evidencia que el síntoma impide el desarrollo de esta última al ligar la energía no aplicada, que Freud llega a una primera respuesta; en sus propias palabras: "*Aquello a lo cual se tiene miedo es, evidentemente, la propia libido. La diferencia con la situación de la angustia realista reside en dos puntos: que el peligro es interno en vez de externo, y que no se discierne conscientemente.* ([Sigmund Freud](#): *Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis, Conferencia 32*).

-Sin embargo, Freud vio inconsistente la ligazón entre la angustia realista, que como mecanismo de auto conservación responde a un peligro externo, con lo elucidado sobre la represión y el peligro interno que constituye la libido en la angustia neurótica.

- 96. 1.2)- La Segunda Teoría Freudiana de la Angustia..

- 96.1.2.1)- Instancias Psíquicas y Angustia.

- Una vez que alcanzó a conocer mejor los procesos diferentes del Yo, el Ello y el Superyó, como instancias psíquicas en tensión, llegó a la conclusión de que el Yo es el único "almárgo de angustia", y que sólo él puede producirla y sentirla.

-Presenta entonces tres variedades de angustia, que se corresponden con cada una de las servidumbres o vasallajes, a los que está sometido el Yo: la angustia realista, que corresponde a los peligros del mundo exterior; la angustia neurótica, que es sentida por el Yo, por la tensión con el Ello, donde imperan las pulsiones, que sólo buscan satisfacción y descarga sin miramiento por la realidad; y la angustia social o de la conciencia moral, en la que el Superyó, receptor de las identificaciones parentales y roles similares de la cultura, arroja su crítica sobre un Yo, que quiere alcanzar el [ideal del yo](#).

-En principio atribuyó la formación de la angustia a la represión. Luego, ya en 1926, en "[Inhibición, síntoma y angustia](#)", dice que es la angustia la que crea la represión: "La angustia causa aquí entonces la represión y no, como antes habíamos dicho ; donde Freud alude aquí a su primera teoría sobre la angustia, que la represión cause la angustia, o sea que la represión transforme el impulso instintivo en angustia." .

- 96.1.2.2)- El Arquetipo del Nacimiento y el Peligro Objetivo de Toda Angustia.

- Freud además, al diferenciar angustia de [duelo](#) y dolor, por sus particulares sensaciones e innervaciones orgánicas, propone como modelo de la angustia, la situación del nacimiento: primer uso de pulmones, aceleración del ritmo cardiaco para evitar el envenenamiento de la sangre, etc., cuya suma de excitación displacentera, es para el humano inmanejable, y que se convertirá en el futuro en la reacción a reproducir ante la percepción de un peligro como adecuada al fin, si se limita a una señal, o inadecuada, si paraliza. Esta es una situación de peligro objetiva, pero no se le puede adjudicar al recién nacido, ningún conocimiento de ella, no tiene contenido psíquico. *La pregunta es entonces, cómo puede repetir esta angustia y recordar esa situación, que le permite identificar una situación de peligro.*

- Para responder a ello, se remite a las primeras exteriorizaciones de angustia en los niños: soledad, oscuridad y persona ajena en el lugar de la madre. Todas reconducen a la pérdida de objeto: en efecto la analogía con la angustia de castración (Ver [complejo de castración](#)), se impone, pues representa una separación de un objeto estimado en grado sumo : pérdida del amor paterno en la mujer, y la misma situación de nacimiento, la angustia más originaria,

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

es por una separación de la madre. Freud va más allá: cuando un niño añora a la madre, dice, es porque sabe, que ella satisface sus necesidades sin dilación; quiere resguardarse del aumento de la tensión de necesidad, de la insatisfacción; esta es la situación de peligro, pues ante ella, es impotente para su descarga. Impotente como lo fue en el momento del nacimiento; se ha repetido entonces la situación de peligro. Se trata de un aumento enorme de una energía intramitable. Así sobreviene la reacción de angustia, y esto es todo lo que necesita retener el lactante, para identificar el peligro y producir la reacción adecuada al fin, que acarrea el llanto y los movimientos. El contenido del peligro se desplaza de esta situación económica a su condición: la pérdida del objeto ;pues es este objeto el que puede poner término al peligro. La ausencia de la madre genera angustia, porque luego podría devenir un peligro mayor, el verdadero. Es en este momento que la angustia deviene producción deliberada como señal de peligro. La siguiente mudanza de la angustia, se da en la [fase fálica](#), y sigue los lineamientos de la pérdida de objeto: es la angustia de castración, la separación de los genitales, que mantienen la posibilidad de reunión con la madre : vuelve otra vez la representación de la separación de la madre.

- El contenido de las situaciones de peligro se irá mudando, así a lo largo del desarrollo libidinal y desemboca en la angustia social, aunque, el Yo puede mantenerlas lado a lado. En el caso de las neurosis, Freud sostiene que la angustia siempre se reconduce a una angustia de castración, y según sea el monto de angustia exteriorizada, se habla de una represión mejor o peor lograda.

- 96.1.2.3)- Angustia: Señal, Desarrollo y Represión.

- En la segunda teoría sobre la angustia, entonces Freud, pone el énfasis en la necesidad de un peligro externo, pues ahora es evidente, que un peligro interno no puede evocar el arquetipo de la angustia: ese peligro externo, que el niño temió y que perduró en el inconsciente adulto es la castración. Pero lo que es más importante (que descubre por el análisis de fobias infantiles y por la diferenciación entre angustia señal y desarrollo de angustia), la angustia no es el resultado de la represión, sino su condición: es el Yo, el único capaz de generar y sentir angustia, el que se defiende de los peligros (ahora sabemos, objetivos y externos) del Ello y del Superyó, como lo hace del mundo exterior, es decir generando una pequeña señal de angustia, o apronte angustiada, que pone en marcha el mecanismo del [principio de placer](#) (que busca evitar un displacer mayor que sobrevendría con el desarrollo completo de la angustia) y activa así el mecanismo de represión que pone al Yo a salvo de la moción pulsional peligrosa, cuya satisfacción acarrearía la consecuencia temida o la consumación de la situación de peligro.

Vemos cómo Freud logra así una mayor consistencia en su segunda teoría sobre la angustia, que sobreviene a mediados de la década del veinte. El lector debe tener en cuenta la dificultad de comprender un concepto de esta naturaleza, que sustenta y se sustenta en otros conceptos psicoanalíticos tan importantes (como represión, libido, pulsión, Ello, Yo, Superyó, Edipo, Principios de la vida anímica, etc.), si desconoce los principales nodos teóricos del Psicoanálisis. En los textos utilizados para la redacción de este artículo que figuran a continuación, pueden encontrarse más detalles al respecto, así como los fundamentos concretos en los que Freud se basó para sus deducciones.

- 96.2.)- La Angustia Desde la Mirada Filosófica.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

En las distintas épocas, la experiencia de la angustia adoptó diferentes términos (en diferentes idiomas): [acidia](#) y [tristeza](#) en el Medioevo, [melancolía](#) en la Modernidad, angustia desde la Contemporaneidad. Sin embargo, todas estas palabras remiten a una misma experiencia y es a lo que se refiere este apartado.

- 96.2.1)- Antigüedad.



- Representación del hombre melancólico, según Durero

-En la antigua [teoría humoral](#),¹ la melancolía fue considerada como una enfermedad producida por el humor negro en el tipo humano contemplativo, es decir, en hombres propensos al recogimiento interior y a la contemplación. Además, esta teoría sostenía que el hombre melancólico, padecía de un silbido en la oreja izquierda y, por este motivo, las más antiguas representaciones del melancólico muestran, a un hombre cubriéndose su oreja con la mano.

- 96.2.2)- Medievo.

En la época medieval la figura del hombre melancólico, fue asociada al hombre religioso y la representación de la mano sobre la oreja izquierda, se interpretó como un hombre que apoyaba la cabeza en la mano debido al sueño que le provocaba su pereza. Es entonces cuando la melancolía comienza considerarse un pecado, que asolaba a los hombres religiosos recluidos en abadías y los amenazaba con el más letal de los vicios: la muerte del alma.



Santo Tomás de Aquino

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

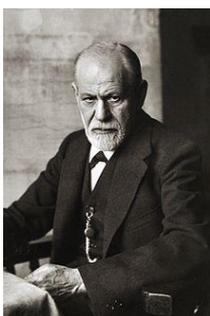
Durante la Escolástica, [Santo Tomás](#) , 1225-1274 d. C. sostuvo que una de las características fundamentales de la angustia es el 'recessus',² el retraerse del hombre ante Dios, por la tristeza que le adviene al conocer el más grande de los bienes y al darse cuenta después de la insondable distancia que lo separa de Él. El melancólico se retraía de su fin divino no porque lo olvidara o dejara de desearlo, sino porque no deseaba la vía que conducía a la salvación, a Dios, vía que lo mostraba claramente inalcanzable. Aun así, el hombre persiste en el deseo de un objeto que él mismo ha hecho inalcanzable para sí, en la contemplación de una meta que se muestra como tal en el mismo acto en que le resulta vedada, y mientras más inalcanzable, más se obsesiona con ella. Hay un fin pero no hay medios y no se puede huir de esta situación paradójica porque no se puede huir de lo que nunca se alcanzó.

- 96.2.3)- Contemporaneidad.



Søren Kierkegaard.

-Desde una perspectiva cristiana, [Kierkegaard](#) ,1813-1855, relaciona la angustia con la inocencia, la ignorancia y el pecado. El ser humano se encuentra, en principio, en un estado de inocencia. Ésta se pierde cuando se toma conciencia de ella y eso sucede porque la inocencia es fundamentalmente ignorancia; es desconocimiento de la diferencia entre el bien y el mal. El hombre que ha cometido un pecado pierde la inocencia y, sin embargo, esto origina un salto cualitativo en el individuo porque al salir de la inocencia sale de la ignorancia.³ Aun así, la angustia no nace de la culpa por un pecado concreto porque eso significaría que el que se angustia lo hace por algo en concreto. La angustia, por el contrario, nace de la inocencia, de la ignorancia respecto a todo, respecto de la diferencia entre el bien y el mal. Se trata de un estado de paz que agita al espíritu. El hombre se angustia ante la nada que se le muestra pero también ante la posibilidad de la libertad; ante la angustiada posibilidad de "poder". En el espíritu del hombre se da, así, una ambigüedad de la que no se puede librar: no puede huir de la angustia que ama ni amar la angustia de la que huye. La angustia es ambigua justamente porque no es acerca de algo en concreto, sino que el hombre *se angustia de nada*.



LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

-Sigmund Freud.

- También es posible referirnos a [Freud](#) (1856-1939) desde una mirada filosófica ya que, en su obra *Duelo y melancolía* explica que tanto la melancolía como la aflicción se refieren a la reacción de un sujeto frente a la pérdida o muerte de un objeto o de una abstracción equivalente (patria, libertad, etc.) Poseen un similar comienzo: un sujeto examina la realidad y nota que el objeto amado no está en ella. Por un lado, el 'Super yo' le exigirá que abandone dicho objeto y todo lo relacionado con él; por otro, el 'Ello' se resistirá a abandonar el objeto perdido porque no quiere sustituirlo. Subsiguientemente, el 'Yo' puede reaccionar de dos modos, a saber, de un modo psicológicamente sano, bajo la aflicción, o de un modo patológico, bajo la melancolía. En el primer caso, al tomar conciencia de la pérdida, el sujeto irá cediendo, se irá alejando paulatinamente de tal objeto con doloroso displacer y desplazará su libido hacia otro objeto de amor. En el segundo caso, el sujeto desarrolla una predisposición morbosa al no reaccionar conscientemente a la pérdida y, por lo tanto, desconoce qué sea eso que ha perdido, ya sea porque lo perdido está en el inconsciente, ya sea porque lo perdido nunca existió y consiguientemente nunca puede haberse perdido. En otras palabras, hay una diferencia entre el afligido que es consciente de lo perdido y el melancólico que no lo es y en el que la enfermedad se desarrolla en el inconsciente. La melancolía se origina en el intento de abrazar ese objeto inapropiable y/o irreal. La percepción de lo real le muestra un conflicto pero su deseo le empuja a negar tal percepción y, así, continúa relacionándose con el objeto anterior, el cual sigue latente y reprimido en el inconsciente. Con lo dicho hasta aquí, podemos ver que en Freud se hallan dos elementos que ya nos son familiares: la huida del 'Yo' ante lo amenazante (el impulso, lo primitivo) y la ambigüedad de un hombre que, queriendo para sí sólo lo placentero, se encuentra con una prohibición (impuesta desde fuera) que le cierra el camino y que lo obliga a regresar a sí mismo.



Martin Heidegger

La angustia es parte fundamental de la analítica existencial de [Heidegger](#), 1889-1976,. En su obra: " *¿Qué es metafísica?* ", 1929, Heidegger explica que la angustia nace del preguntar del Dasein acerca de la nada. La ciencia y su conocimiento empírico respaldado por el método científico olvidan algo fundamental: el ser humano se pregunta por los entes que lo rodean, pero también es un tipo de ente capaz de preguntar y, no sólo eso, es un ente capaz de preguntar por sí mismo. El referirse del ser humano a sí mismo le permite a éste recuperarse a sí mismo y el dato empírico deja de tener la última palabra, así como también las llamadas ciencias exactas. Este [Dasein](#) es capaz de moverse en un ámbito más allá de los entes que lo rodean, en un plano metafísico; precisamente, aquello que la ciencia rechaza

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

por ser *nada*. Al intentar preguntar por la nada o dar una respuesta a esta pregunta, se produce un contrasentido: si se responde qué es la *nada* se afirma que ella es algo y si se pregunta qué es ella nuestro pensamiento eminentemente lógico que siempre es pensar de algo se encontraría pensando en torno a la nada e iría en contra de su propia esencia. Sin embargo, el *Dasein* piensa en la nada y al preguntarse por la nada supone una búsqueda de su parte. Pero ¿cómo podría el *Dasein* querer encontrar lo que no sabe que está allí porque es no es nada? Para poder predisponernos a la búsqueda de la nada se necesita de un estado de ánimo completamente distinto a otros, justamente porque esos otros estados están referidos a lo que es, a lo ente, y nos ocultan la *nada*. El temple que se necesita es el de la *angustia*. La *angustia* no es debida a algo en concreto (por ejemplo un evento o situación vital determinado, ya que esto sería *miedo* y no *angustia*) sino por la imposibilidad esencial de ser determinado el objeto de nuestra *angustia*. En *Ser y Tiempo*, Heidegger explica que la *angustia* es un estado de *caída* del *Dasein*, un *estado de cerrado* que no es algo negativo, sino todo lo contrario: es su modo inmediato de ser, en el que él se mueve ordinariamente, es un momento necesario en el que la *angustia* le hará patente su estar vuelto hacia el más propio poder ser, le revela su libertad para escogerse y tomarse a sí mismo entre manos. Es por la *caída* que el *Dasein* se retrae y se encuentra fugándose ante sí mismo. La *inhospitalidad* de estar arrojado en el mundo, entregado a sí mismo en su ser, instalado en el mundo comprensivamente, es lo que hace que el *Dasein* retroceda. En la cotidianidad el *Dasein* se pierde por completo en lo ente y la *angustia* queda oculta; pero, sólo entonces, al *Dasein* se le revelará su finitud más propia. ¿Cómo llega a angustiarse el *Dasein*? La *angustia* originaria reprimida en el *Dasein* está adormecida en la cotidianidad y puede despertar en cualquier momento, sin necesidad de un acontecimiento extraordinario o de algún artilugio humano que le traslade a ella. El *Dasein* no se puede angustiar por decisión o voluntad propias. Lo único que se puede afirmar con seguridad es que primero es necesario que el *Dasein* se pierda en lo ente en su totalidad para luego poder abandonarse a la nada y liberarse de su cotidiana y habitual evasión. Así es como emergerá de lo oculto la pregunta por el sentido del ser.

- 96.3)- Referencias.

1. [↑](#) El humorismo es la doctrina médica sostenida por Hipócrates (Cos, 460 a. C.-Tesalia, 370 a. C.) y la escuela de Cos según la cual las enfermedades resultaban de la alteración de los cuatro humores cardinales en calidad o en cantidad: sangre, flema, bilis amarilla o bilis negra. Además hay cuatro tipos de temperamentos, considerados como emanación del alma por la interrelación de los diferentes humores del cuerpo: sanguíneos, las personas con un humor muy variable; melancólicos, personas tristes y soñadoras; coléricos, personas cuyo humor se caracterizaba por una voluntad fuerte y unos sentimientos impulsivos, en las que predominaba la bilis amarilla y blanca, y flemáticos, personas lentas y apáticas, a veces con mucha sangre fría, en las cuales la flema era el componente predominante de los humores del cuerpo.
2. [↑](#) AQUINO, Tomás de (santo). Suma teológica. Buenos Aires, Ed. Club de Lectores, 1948. II, 2.35
3. [↑](#) KIERKEGAARD, Sören. El concepto de angustia. Bs. As., Ed. Espasa Calpe, 1940. Cap. I, apartado 4.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 96.4)- Bibliografía.

- Obras completas de Sigmund Freud. Standard Edition. Ordenamiento de James Strachey. Volumen XVI. Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. Parte III, Doctrina general de las neurosis (1917 [16-17]). Conferencia 25, La angustia.
- Obras completas de Sigmund Freud. Standard Edition. Ordenamiento de James Strachey. Volumen XX. Inhibición, síntoma y angustia (1926 [1925])
- Obras completas de Sigmund Freud. Standard Edition. Ordenamiento de James Strachey. Volumen XXII. Nuevas conferencias de introducción al Psicoanálisis (1933 [1932]). Conferencia 32, Angustia y vida pulsional.
- VER: Los 139 LIBROS Publicados del Prof. Dr. Enrique Barmaimon: -  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)- [-www.bvssmu@org.uy](mailto:www.bvssmu@org.uy) [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra.
- EN: -LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10; Pag.52- 69.8)-

- 96.4.1)- Bibliografía del Apartado sobre la Mirada Filosófica.

- AGAMBEN, Giorgio. Estancias. Valencia, Ed. Pre-textos, 1995
- ALBANO, S. y NAUGHTON, V. Lacan: Heidegger. Nudos de Ser y tiempo. Bs. As., Ed. Quadrata, 2005.
- AQUINO, Tomás de (santo). Suma teológica. Buenos Aires, Ed. Club de Lectores, 1948. II, 2.35
- DI SILVESTRE, Carlos. El concepto metódico de repetición en la hermenéutica de Martin Heidegger. Mendoza, Revista Philosophia de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional de Cuyo, 2004. Páginas 36-61
- FREUD, Sigmund. Obras completas. Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1967
- HEIDEGGER, Martin. Ser y tiempo. Santiago de Chile, Ed. Universitaria, 1998
- HEIDEGGER, Martin. ¿Qué es metafísica? Buenos Aires, Ed. Siglo XX, 1970
- JOLIVET, Régis. Las doctrinas existencialistas desde Kierkegaard a J. P. Sartre. Madrid, Ed. Gredos, 1950
- KIERKEGAARD, Sören. El concepto de angustia. Buenos Aires, Ed. Espasa Calpe, 1940
- RICOEUR, Paul. Freud: una interpretación de la cultura. México, Ed. Siglo XXI, 1970

- 96.5)- Enlaces Externos.

-  [Definiciones](#) en Wikcionario.
-  [Citas](#) en Wikiquote.
- [Lectura y comentario del seminario "La angustia" de J. Lacan](#)
- [Asociación Madrileña de Agorafobia](#)

[Control de autoridades](#)

- [Proyectos Wikimedia](#)
-  Datos: [Q3306661](#)
-  Citas célebres: [Angustia](#)

-  Datos:[Q3306661](#)
-  Citas célebres:[Angustia](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Angustia&oldid=118017335>»

Categorías:

- [Psicoterapia](#);
- [Emociones](#);
- [Psicoanálisis](#);
- [Terminología filosófica](#);
- Esta página se editó por última vez el 21 octubre 2019 a las 06:23.

0 0 0 0 0 0 0 0.

- CAPÍTULO XCVII: - 97)- ANSIEDAD.-

-De Wikipedia, la enciclopedia libre

-No debe confundirse con [Trastorno de ansiedad](#).

-Para otros usos de este término, véase [Ansiedad \(desambiguación\)](#).

- ANSIEDAD:

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**



-Una persona diagnosticada con [panfobia](#), del libro de [Alexander Morison](#), de 1843,: "*The Physiognomy of Mental Diseases*".

Clasificación y recursos externos

Especialidad	Psiquiatría
CIE-10	F41.9
CIE-9	300.00
CIAP-2	P74
MedlinePlus	003211
MeSH	D001007

- La ansiedad (del [latín](#) *anxietas*, 'angustia, aflicción'): - Es una respuesta de anticipación involuntaria del organismo, frente a estímulos, que pueden ser externos o internos, tales como : pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como amenazantes y/o peligrosos,¹ y se acompaña de un [sentimiento](#) desagradable o de síntomas somáticos de [tensión](#). Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.² .

- La ansiedad adaptativa o no patológica, es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones, y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas [estresantes](#).

- Por lo tanto, cierto grado de ansiedad, es incluso deseable para el manejo normal de las

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

exigencias o demandas del medio ambiente. Únicamente cuando sobrepasa cierta intensidad, desequilibrio de los sistemas de *respuesta normal* de ansiedad, o se supera, la capacidad adaptativa entre el individuo y el medio ambiente, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando un malestar significativo, con síntomas físicos, psicológicos y conductuales, la mayoría de las veces muy inespecíficos.²³.

- Una amplia gama de enfermedades médicas, puede producir síntomas de ansiedad. Para aclarar si estos, son la consecuencia [fisiológica](#) directa de una enfermedad médica, se evalúan los datos de la historia clínica, la exploración física, las pruebas de laboratorio, y los estudios complementarios, necesarios en función de los síntomas del paciente.².

- Presentar altos niveles de [neuroticismo](#), aumenta el riesgo de desarrollar síntomas de ansiedad.⁴ -

-ÍNDICE.-

- CAPÍTULO XCVII: - 97)- ANSIEDAD.-

- 97.1)- [Descripción General](#).

- 97.2)- [Ansiedad Patológica](#).

- 97.2.1)- [Diferencia Entre Ansiedad Normal y Patológica](#).

- 97.3)- [Síntomas](#).

- 97.3.1)- [Escala de Ansiedad Hamilton](#).

-97.3.2)- [Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg](#).

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

- 97.5)- [Pronóstico](#).

- 97.6)- [Según la Psicología Cognitiva](#).

- 97.7)- [Véase También](#).

- 97.8)- [Referencias](#).

-97.9)- Biografía.

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

- 97.1)- Descripción General.

-La ansiedad es una emoción, que surge cuando una persona se siente en peligro, sea real o imaginaria la amenaza. Es una respuesta normal o adaptativa, que prepara al cuerpo para reaccionar ante una situación de emergencia. Por lo tanto, tiene una función muy importante relacionada con la [supervivencia](#), junto con el [miedo](#), la [ira](#), la [tristeza](#) o la [felicidad](#).

-Para preservar su integridad física ante amenazas, el ser humano ha tenido que poner en marcha respuestas eficaces y adaptativas durante millones de años: la [reacción de lucha o huida](#).⁵.

- Ante una situación de alerta, el organismo pone a funcionar el [sistema adrenérgico](#). Por ejemplo, cuando el organismo considera necesario [alimentarse](#), este sistema entra en funcionamiento, y libera señales de alerta, a todo el [sistema nervioso central](#).

- Cuando se detecta una fuente de alimento, para la cual se requiere actividad física, se disparan los mecanismos, que liberan [adrenalina](#), y se fuerza a todo el organismo, a aportar energías de reserva, para la consecución de una fuente energética muy superior, a la que se está invirtiendo para conseguirla, y que normalizará los valores que han disparado esa "alerta amarilla". En esos momentos el organismo, gracias a la adrenalina, pasa a un estado de "alerta roja".

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- El [sistema dopaminérgico](#) también se activa cuando el organismo considera que va a perder un bien preciado.
- En esta situación, el organismo entra en alerta amarilla, ante la posibilidad de la existencia de una amenaza, que no es lo mismo que cuando la amenaza pasa a ser real, pues en ese caso, lo que se libera es adrenalina.
- Desde este punto de vista, la ansiedad se considera una señal positiva, de salud, que ayuda en la [vida cotidiana](#), siempre que sea una reacción frente a determinadas situaciones que tengan su cadena de sucesos de forma correlativa: alerta amarilla, alerta roja y consecución del objetivo.
- Si la cadena se rompe en algún momento, y esas situaciones se presentan con ansiedad, entonces el organismo corre el riesgo de [intoxicarse](#) por [dopaminas](#), o por otras [catecolaminas](#). Esas situaciones ayudan al organismo a resolver peligros o problemas puntuales de la vida cotidiana.

- 97.2)- Ansiedad Patológica.

- : [Trastorno de ansiedad](#).

- En las sociedades avanzadas modernas, esta característica innata del ser humano, se ha desarrollado de forma patológica y conforma, en algunos casos, cuadros [sintomáticos](#) que constituyen los denominados [trastornos de ansiedad](#), que tiene consecuencias negativas y muy desagradables para quienes lo padecen.
- Entre los trastornos de ansiedad, se encuentran: las [fobias](#), el [trastorno obsesivo-compulsivo](#), el [trastorno de pánico](#), la [agorafobia](#), el [trastorno por estrés postraumático](#), el [trastorno de ansiedad generalizada](#), el [trastorno de ansiedad social](#), etc.
- El [miedo escénico](#), es una forma de ansiedad social, que se manifiesta frente a grupos y ante la inminencia de tener, que expresarse en público, o por efecto de imaginar dicha acción.
- En el caso del [trastorno de ansiedad generalizada](#), la ansiedad patológica se vive como una sensación difusa de angustia o miedo, y deseo de huir, sin que quien lo sufre, pueda identificar claramente el peligro o la causa de este sentimiento.
- Esta ansiedad patológica, es resultado de los problemas de diversos tipos, a los que se enfrenta la persona en su vida cotidiana, y sobre todo de sus ideas interiorizadas, acerca de sus problemas.
- No se conocen totalmente las causas de los trastornos de ansiedad, pero se sabe que la interacción de múltiples determinantes favorece su aparición. Se conoce la implicación tanto de factores biológicos, como ambientales y psico-sociales. Además, es muy común la [comorbilidad](#), con otros trastornos mentales, como los [trastornos del estado de ánimo](#).².
- Entre los factores biológicos, se han encontrado alteraciones en los sistemas neurobiológicos [gabaérgicos](#) y [serotoninérgicos](#); anomalías estructurales en el [sistema límbico](#) : córtex paralímbico, que es una de las regiones más afectadas del cerebro; ciertas alteraciones físicas; una mayor frecuencia de uso y/o retirada de medicinas, alcohol, drogas y/o sedantes y otras sustancias; y cierta predisposición [genética](#).².
- Entre los factores ambientales, se ha encontrado la influencia de ciertos estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida.
- Los factores psicosociales de riesgo, son las situaciones de [estrés](#), las experiencias que amenazan la vida, el ambiente familiar, y las preocupaciones excesivas, por asuntos

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

cotidianos. Determinadas características de la personalidad, pueden ser factores predisponentes.²

- 97.2.1)- Diferencia Entre Ansiedad Normal y Patológica.

- La ansiedad normal es adaptativa, y permite a la persona responder al estímulo de forma adecuada. Se presenta ante estímulos reales o potenciales : no imaginarios o inexistentes

- La reacción es proporcional cualitativa y cuantitativamente, en tiempo, duración e intensidad.⁶

-La ansiedad se considera patológica, cuando el estímulo supera la capacidad de adaptación de respuesta del organismo, y aparece una respuesta no adaptativa, intensa y desproporcionada, que interfiere con el funcionamiento cotidiano y disminuye el rendimiento.

- Se acompaña de una sensación desagradable y desmotivadora, síntomas físicos y psicológicos, y persiste más allá de los motivos, que la han desencadenado.⁶

- La ansiedad patológica presenta las siguientes características: se manifiesta intensamente, se prolonga, y mantiene en el tiempo más de lo debido, aparece de forma espontánea sin un estímulo desencadenante : de manera endógena, surge ante estímulos que no debieran generar la respuesta de ansiedad, y se presenta una respuesta inadecuada, respecto al estímulo que lo suscita.⁷

-El límite entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica, no es fácil de definir y puede variar entre los individuos en función de los rasgos de personalidad, o sobre todo, en función de lo que se ha descrito, como un "estilo cognitivo propenso a la ansiedad".

- Los criterios diagnósticos del "[Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales](#)", ediciones cuarta y quinta (DSM-IV y DSM-5, respectivamente), señalan que la ansiedad debe considerarse patológica, cuando "La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo, o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad."

- Es útil distinguir entre la ansiedad "estado", que es episódica y transitoria, y la ansiedad "rasgo", que es persistente, y puede reflejar una personalidad "propensa a la ansiedad".⁸

-Si una persona reacciona en alguna ocasión, con altos niveles de ansiedad, ante una situación, ante la que otras no experimentan tanta ansiedad, se puede considerar simplemente una reacción de alta intensidad, o aguda en un nivel no demasiado alto, que es puntual y no extrema. Esto no suele suponer ningún trastorno.⁹

-El problema surge cuando esta forma de reacción aguda es excesivamente intensa, como en los ataques de pánico, o en las crisis de ansiedad , en los que la persona no puede controlar su ansiedad y alcanza niveles extremos;; o bien cuando dicha reacción aguda se establece como un hábito, es decir, si una reacción de ansiedad de alta intensidad, se convierte en crónica, o se vuelve muy frecuente.⁹

-Una reacción aguda de ansiedad, no siempre es patológica, sino que puede ser muy adaptativa. Por ejemplo, cuando la situación que la provoca, requiere una fuerte reacción de alarma, que prepare para la acción : si se exige una gran concentración en una tarea para la que se necesitan muchos recursos de la atención; o si requiere una gran activación a nivel fisiológico : porque se necesita tensar más los músculos, bombear mayor cantidad de sangre, más oxígeno, etc.. Dicha reacción de ansiedad, ayuda a responder mejor ante esta situación.⁹

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

-97.3)- Síntomas.

- Cuando la ansiedad se convierte en patológica, provoca malestar significativo, con síntomas que afectan, tanto al plano físico como al conductual y psicológico, entre los que cabe destacar:² :

- Físicos :

- vegetativos: [sudoración](#), sequedad de boca, mareo, inestabilidad;
- neuromusculares: [temblores](#), tensión muscular, [cefaleas](#), [parestias](#);
- cardiovasculares: [palpitaciones](#), [taquicardias](#), dolor precordial;
- respiratorio: [disnea](#);
- digestivos: [náuseas](#), [vómitos](#), [dispepsia](#), [diarrea](#), [estreñimiento](#), [aerofagia](#), [meteorismo](#);
- genitourinarios: [micción](#) frecuente, problemas de la esfera sexual.

- Psicológicos y Conductuales:

- aprensión, preocupación;
- Sensación de agobio;
- miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente;
- dificultad de concentración, sensación de pérdida de memoria;
- inquietud, irritabilidad, desasosiego;
- conductas de evitación de determinadas situaciones;
- inhibición o bloqueo psicomotor;
- obsesiones o compulsiones.

- Estos síntomas pueden interactuar entre sí. Por ejemplo, los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos, y estos a su vez , disparar los síntomas conductuales.

- Cabe notar que algunos síntomas de la ansiedad, suelen parecerse, superponerse o confundirse, con los de padecimientos no mentales, tales como: la [arritmia cardíaca](#), la [hipoglucemia](#), o la [enfermedad celíaca](#).

- Se recomienda a los pacientes someterse a un examen médico completo para evaluarlos.

- 97.3.1)- Escala de Ansiedad Hamilton.

- La Escala de Ansiedad de Hamilton¹⁰ (HARS, por sus siglas en inglés: Hamilton Anxiety Rating Scale): - Es ampliamente utilizada en la práctica asistencial y en la investigación clínica. Se trata de una escala heteroadministrada de 14 ítems, que evalúan el grado de ansiedad del paciente, cuyo esquema abreviado es el siguiente:¹¹ :

1. Estado de ánimo ansioso.
2. Tensión.
3. Temores.
4. Insomnio.
5. Intelectual (cognitivo).
6. Estado de ánimo deprimido.
7. Síntomas somáticos generales (musculares).
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales).
9. Síntomas cardiovasculares.
10. Síntomas respiratorios.
11. Síntomas gastrointestinales.
12. Síntomas genitourinarios.
13. Síntomas autónomos.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico).

- Se emplea a través de una entrevista semiestructurada, durante la cual el entrevistador evalúa la gravedad de los síntomas especificados en cada apartado, utilizando 5 opciones de respuesta ordinal, con rangos desde 0 (ausencia del síntoma) hasta 4 (síntoma muy grave o incapacitante).¹¹ .

- La puntuación total, que se obtiene por la suma de las puntuaciones parciales de los 14 ítems, puede oscilar en un rango de 0 puntos (ausencia de ansiedad) a 56 (máximo grado de ansiedad).

- En su versión original, esta escala ha demostrado poseer unas buenas propiedades psicométricas, y es ampliamente utilizada en la evaluación clínica del trastorno de ansiedad.¹¹ .

- 97.3.2)- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

- Otro cuestionario ampliamente utilizado es la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG), que resulta muy sencilla de usar, y de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad. Además, es muy útil para la evaluación de la severidad y evolución de estos trastornos. Puede usarse también como una guía para la entrevista.² .

-Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas: una para detección de la ansiedad y la otra para la detección de la depresión, con 9 preguntas cada una, que siguen un orden de gravedad creciente. Los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más severos. Las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras, que son obligatorias. La probabilidad de padecer un trastorno de ansiedad, es tanto mayor, cuanto mayor es el número de respuestas positivas.²

- 97.4)- Diagnóstico Diferencial.

- El primer paso ante un paciente con síntomas de ansiedad, es realizar una completa evaluación, que puede incluir diversas pruebas adicionales, para excluir o confirmar la presencia de una causa orgánica subyacente o asociada, que esté provocando los síntomas de ansiedad.²

- Para ello, se tienen en cuenta los síntomas físicos que predominan, la historia médica, y psicológica previa, tanto del paciente como de su familia, y las enfermedades que generan trastornos de ansiedad, así como la probabilidad de que las pueda padecer.² .

- Existe un amplio abanico de enfermedades, que cursan con síntomas psiquiátricos, o que pueden simular un trastorno mental. Su identificación puede llegar a resultar complicada, y no siempre se realiza, una adecuada evaluación del paciente.²¹²¹³¹⁴¹⁵¹⁶ .

-En ocasiones, los síntomas psiquiátricos, se desarrollan antes de la aparición de otros síntomas o signos más característicos de la enfermedad, como ocurre en ciertos [trastornos metabólicos](#),¹⁴¹⁵¹⁶, e incluso pueden ser las únicas manifestaciones de la enfermedad en ausencia de cualquier otro síntoma, como ocurre en algunos casos de: [enfermedad celíaca](#) o de [sensibilidad al gluten no celíaca](#),¹³ por lo que con frecuencia, no se consigue un diagnóstico correcto, o este se demora durante años.¹³¹⁴¹⁵ .

-Algunos de los trastornos que cursan frecuentemente con síntomas de ansiedad, incluyen:

- Trastornos endocrinos, tales como el [hipotiroidismo](#), el [hipertiroidismo](#), la [hiperprolactinemia](#), la [psicosis posparto](#) o el [síndrome de Cushing](#).¹² .

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- Enfermedades sistémicas, inflamatorias o infecciosas, tales como la [enfermedad celíaca](#)¹²¹³ y la [sensibilidad al gluten no celíaca](#) : ambas cursan con frecuencia [sin síntomas digestivos](#)),¹³ el [lupus eritematoso sistémico](#), el [síndrome antifosfolípidos](#), la [mononucleosis infecciosa](#), la [sepsis](#), la [fiebre tifoidea](#), la [brucelosis](#), la [malaria](#), la [enfermedad de Lyme](#) o el [VIH/sida](#).¹²¹³
- [Alergias](#).²
- Enfermedades gastrointestinales, tales como la [enfermedad inflamatoria intestinal](#).¹²
- Estados carenciales, por déficit de vitaminas [B2](#), [B12](#), [D](#) o [ácido fólico](#).¹²
- Trastornos electrolíticos o de fluidos, tales como la [hiponatremia](#) o la [hipocalcemia](#).¹²
- Fallo hepático, como la [encefalopatía hepática](#).¹²
- Fallo renal, como la [retención urinaria](#) aguda.¹²
- Enfermedades respiratorias, tales como: el [asma](#), el [edema pulmonar](#), la [embolia pulmonar](#), el [trasplante de pulmón](#), la [enfermedad pulmonar obstructiva crónica](#) (EPOC), el [mal de altura](#), o la [hipoxemia](#).¹²
- Trastornos metabólicos, tales como: la [hipoglucemia](#) o la [hiperglucemia](#).¹²
- Enfermedades cardíacas, tales como: las [arritmias cardíacas](#), la [insuficiencia cardíaca](#), la [enfermedad de las arterias coronarias](#), el [prolapso de la válvula mitral](#) o el [trasplante de corazón](#).¹²
- Enfermedades hematológicas, tales como: la [anemia](#), la [policitemia](#), la [leucemia](#) o la [anemia de células falciformes](#).¹²
- Trastornos neurológicos, tales como: la [enfermedad de Alzheimer](#), la [demencia vascular](#), la [enfermedad de Huntington](#), la [enfermedad de Parkinson](#), la [esclerosis múltiple](#), la [enfermedad de Wilson](#), los [tumores cerebrales](#), los [accidentes vasculares cerebrales](#), las [enfermedades vasculares cerebrales crónicas](#) o la [hidrocefalia](#).¹²
- Enfermedades infecciosas del cerebro, tales como: la [meningitis](#), la [encefalitis](#) o la [neurosífilis](#).¹²
- Consumo de sustancias tóxicas, como: la [cafeína](#), el [cannabis](#) o la [cocaína](#) y otras drogas de síntesis. Asimismo, muchas de las personas que padecen ansiedad : sobre todo ansiedad generalizada, trastorno de angustia y fobia social; consumen alcohol con el pretendido objetivo de aliviar la sintomatología de la angustia.²

- 97.5)- Pronóstico.

- La evolución de los problemas de ansiedad, cursa con períodos de reducción y desaparición de los síntomas, durante un intervalo de tiempo variable. De la misma forma, que ocurre con cualquier otra enfermedad crónica, con un tratamiento apropiado, se puede convivir con este problema de manera adecuada, consiguiendo llevar una vida normal.

- Un tratamiento efectivo ayuda a disminuir los síntomas, mejorar la autoestima, volver a disfrutar de la vida de nuevo, y prevenir recaídas, si bien pueden aparecer altibajo, durante el proceso.²

-Los tratamientos habituales son la psicoterapia : [terapia cognitivo-conductual](#), y la medicación : principalmente [antidepresivos](#) y [ansiolíticos](#), que pueden ser usados o no de forma conjunta, según el trastorno que presente el paciente.²

- 97.6)- Según la Psicología Cognitiva.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

-Según la [psicología cognitiva](#), los pensamientos generados por la ansiedad "producen distorsiones a la hora de orientarse en el mundo" y mirar la realidad:

- 1. [Pesimismo](#):- "tendencia a focalizarse en el problema sin ser capaz de ver las soluciones".
- 2. [Generalización](#):- "los pensamientos son tipo siempre/nunca, todo/nada".
- 3. Pensamiento negativo:- "el foco está en los aspectos negativos y se olvidan o descalifican los positivos".
- 4: Catastrofismo:- "ver los aspectos negativos de una manera excesiva y exagerada".
- 5. Leer el pensamiento:- "creen saber lo que los otros están pensando y sus motivos negativos ocultos".
- 6. Adivinar el futuro:- "tendencia a anticipar que las cosas van a salir mal".
- 7. Comparación:- "medirse con los demás, para acabar siempre perdiendo y sintiéndose inferior".
- 8. Exageración:- "si alguien se equivoca una vez pasa a ser un torpe o si le sale mal una cosa le llama fracasado en todas las áreas".
- 9. Culpabilidad:- "sentir que las circunstancias desagradables que suceden siempre están en relación con uno mismo"
- 10. [Perfeccionismo](#):- "establecer exigencias a los demás, a uno mismo o a cómo deberían ser las cosas".¹⁷

- 97.7)- Véase También.

- [Angustia](#);
- [Ansiolítico](#);
- [Depresión](#);
- [Estrés](#);
- [Salud mental](#);
- [Síndrome de desgaste profesional](#) o [Burnout](#);
- [Técnicas de relajación](#);
- [Trastorno psicológico](#);

- 97.8)- Referencias.

1. [↑](#) I. Iruarrizaga et al. [«Reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales»](#).
2. [↑](#) [Saltar a: ^a ^b ^c ^d ^e ^f ^g ^h ⁱ ^j ^k ^l ^m ⁿ ^ñ ^o](#) [«Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud SNS: UETS Nº 2006/10.»](#). 2008.
3. [↑](#) Lorenzo Fernandez et al. (2013). *Manual de Farmacología Básica y Clínica*. Panamericana. [ISBN 978-84-9835-437-9](#).
4. [↑](#) Jeronimus et al. (2016). [«Neuroticism's prospective association with mental disorders halves after adjustment for baseline symptoms and psychiatric history, but the adjusted association hardly decays with time: a meta-analysis on 59 longitudinal/prospective studies with 443 313 participants»](#). *Psychological Medicine* 46 (14): 2883-2906. [PMID 27523506](#). [doi:10.1017/S0033291716001653](#).

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

5. [↑ Gestión del estrés. Relajación. Autoestima.](#)
6. [↑ Saltar a: ^{a b}](#) Área de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo CIBERSAM, ed. (2010/2011). «Ansidad». Archivado desde [el original](#) el 22 de febrero de 2016.
7. [↑](#) P. Lorenzo et al. (2008). Velázquez. *Farmacología Básica y Clínica* (18 edición). Panamericana. p. 275.
8. [↑](#) Nuss, P (2015 Jan 17). «Anxiety disorders and GABA neurotransmission: a disturbance of modulation». *Neuropsychiatr Dis Treat* 11: 165-75. [PMC 4303399](#). [PMID 25653526](#). [doi:10.2147/NDT.S58841](#).
9. [↑ Saltar a: ^{a b c}](#) Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS (ed.). «Ansidad normal y ansiedad patológica - ¿Las diferencias individuales en la reacción de ansiedad ante una misma situación indican patología?». [\[Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad\]](#). *Med Clin (Barc)* 118 (13): 493-9. [PMID 11975886](#).
10. [↑](#) Hamilton, M (1959). «The assessment of anxiety states by rating». *Br J Med Psychol* 32 (1): 50-5. [PMID 13638508](#).
11. [↑ Saltar a: ^{a b c}](#) Lobo, A; Chamorro, L; Luque, A; Dal-Ré, R; Badia, X; Baró, E; Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP) (2002 Apr 13). «Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg depression and Hamilton anxiety rating scales» [Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad]. *Med Clin (Barc)* 118 (13): 493-9. [PMID 11975886](#).
12. [↑ Saltar a: ^{a b c d e f g h i j k l m n ñ}](#) Testa A, Giannuzzi R, Sollazzo F, Petrongolo L, Bernardini L, Daini S (febrero de 2013). «Psychiatric emergencies (part III): psychiatric symptoms resulting from organic diseases». *Eur Rev Med Pharmacol Sci* (Revisión). 17 Suppl 1: 86-99. [PMID 23436670](#).
13. [↑ Saltar a: ^{a b c d e f}](#) Jackson JR, Eaton WW, Cascella NG, Fasano A, Kelly DL (Mar 2012). «Neurologic and psychiatric manifestations of celiac disease and gluten sensitivity». *Psychiatr Q* 83 (1): 91-102. [PMC 3641836](#). [PMID 21877216](#). [doi:10.1007/s11126-011-9186-y](#).
14. [↑ Saltar a: ^{a b c}](#) Bonnot O, Herrera PM, Tordjman S, Walterfang M (19 de mayo de 2015). «Secondary psychosis induced by metabolic disorders». *Front Neurosci* (Revisión) 9: 177. [PMC 4436816](#). [PMID 26074754](#). [doi:10.3389/fnins.2015.00177](#).
15. [↑ Saltar a: ^{a b c}](#) Bonnot O, Herrera P, Kuster A (septiembre de 2015). «Treatable neurometabolic diseases. Association with schizophrenia spectrum disorders». *Presse Med* (Revisión) 44 (9): 889-97. [PMID 26248708](#). [doi:10.1016/j.lpm.2015.02.023](#).
16. [↑ Saltar a: ^{a b}](#) Demily C, Sedel F (24 de septiembre de 2014). «Psychiatric manifestations of treatable hereditary metabolic disorders in adults». *Ann Gen Psychiatry* (Revisión) 13: 27. [PMC 4255667](#). [PMID 25478001](#). [doi:10.1186/s12991-014-0027-x](#).
17. [↑](#) Serrano-Sosa, Isabel (5 de enero de 2019). «Así te mata la ansiedad». *El Mundo*.

-97.9)- Biografía.

- VER: Los 139 LIBROS Publicados del Prof. Dr. Enrique Barmaimon: -  [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)- [-www.bvssmu@org.uy](#) [libros],

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

[barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra.

- EN: -LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10; Pag.52- 69.8)-
- 97.10)- Enlaces Externos.
 - En [MedlinePlus](#) hay más información sobre [Ansiedad](#)
 -  [Citas](#) en Wikiquote.
 - [Escala de ansiedad de Hamilton \(Servicio Andaluz de Salud - Consejería de Salud\)](#)
 - [Instrumentos de medida de la ansiedad HAD y EADG \(Institut Català de la Salut\)](#)
 - [Archivado](#) el 24 de septiembre de 2015 en la [Wayback Machine](#).

[Control de autoridades](#)

- [Proyectos Wikimedia](#)
-  Datos: [Q154430](#)
-  Multimedia: [Anxiety](#)
-  Citas célebres: [Ansiedad](#)

- **Identificadores**
- [BNF: 11938918z \(data\)](#)
- [GND: 4002053-8](#)
- [LCCN: sh85005835](#)
- [NDL: 00563573](#)
- [SUDOC: 040664368](#)
- [AAT: 300055154](#)
- **Identificadores médicos**
- [CIAP-2: P74](#)
- [OMIM: 607834](#)
- [MedlinePlus: 003211](#)
- [MeSH: D001007](#)

-  Datos:[Q154430](#)
-  Multimedia:[Anxiety](#)
-  Citas célebres:[Ansiedad](#)

-Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Ansiedad&oldid=118703355>»

-**Categorías:**

- [Psicopatología](#);
- [Trastornos de ansiedad](#);
- [Emociones](#);
- -Esta página se editó por última vez el 21 octubre 2019, a las 06:52.

0 0 0 0 0 0 0 0.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- CAPÍTULO XCVIII: - 98)- DEPRESIÓN.-
-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-DEPRESIÓN:



- La tristeza es un sentimiento que se manifiesta en todos los seres humanos, en determinadas ocasiones, pero la depresión es una [enfermedad mental](#), la cual se caracteriza por provocar anhedonia : incapacidad para disfrutar, sentimientos de tristeza y abatimiento patológicos, entre otros .
- La imagen representa el estado de ánimo [disfórico](#), y la perspectiva de la vida, que tiene una persona con

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

depresión.	
- Clasificación y Recursos Externos:	
<u>Especialidad</u>	<u>Psiquiatría</u>
<u>CIE-10</u>	<u>F.32</u>
<u>CIE-9</u>	<u>296</u>
<u>CIAP-2</u>	<u>P76</u>
<u>OMIM</u>	<u>608516</u>
<u>DiseasesDB</u>	<u>3589</u>
<u>MedlinePlus</u>	<u>003213</u>
<u>eMedicine</u>	<u>med/532</u>

-La depresión (del [latín](#) *depressio*, que significa ‘opresión’, ‘encogimiento’ o ‘abatimiento’), es el diagnóstico psiquiátrico y psicológico, que describe un [trastorno del estado de ánimo](#), transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial, para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana : [anhedonia](#).

- Los trastornos depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de [ansiedad](#).

-El término médico hace [referencia](#) a un [síndrome](#) o conjunto de [síntomas](#), que afectan principalmente a la esfera afectiva: como es la tristeza constante, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar, impotencia, frustración a la vida, y puede disminuir el rendimiento en el trabajo, o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida.

- Aunque ese es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de: tipo [cognitivo](#), [volitivo](#) o incluso [somático](#).

- En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como son los trastornos de ansiedad.

- La persona aquejada de depresión, puede no vivenciar [tristeza](#), sino pérdida de interés e incapacidad, para disfrutar las actividades [lúdicas](#) habituales, así como una vivencia poco motivadora, y más lenta del transcurso del tiempo.

-El origen de la depresión es multifactorial. En su aparición influyen factores [biológicos](#), [genéticos](#), y psicosociales.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- La [Psico-Neuro-Inmunología](#), plantea un puente entre los enfoques estrictamente biológicos y [psicológicos](#).¹
- Diversos factores ambientales aumentan el riesgo de padecer depresión, tales como: factores de estrés psicosocial; mala alimentación; [permeabilidad intestinal aumentada](#); [intolerancias alimentarias](#); [inactividad física](#); [obesidad](#); [tabaquismo](#); [atopia](#); [enfermedades periodontales](#); sueño ;y deficiencia de [vitamina D](#).¹²
- Entre los factores psicosociales, destacan el [estrés](#) y ciertos sentimientos negativos: derivados de una [decepción sentimental](#); la contemplación o vivencia de un [accidente](#); [asesinato](#) o [tragedia](#); el trastorno por malas [noticias](#), [pena](#), contexto social, y aspectos de la personalidad; el haber atravesado una experiencia cercana a la [muerte](#); o una elaboración inadecuada del duelo : por la [muerte](#) de un ser querido.
- Un elevado y creciente número de evidencias, indica que los episodios depresivos se asocian con cambios en la neurotransmisión del [sistema nervioso central](#), y cambios estructurales en el cerebro, producidos a través de mecanismos neuroendocrinos, [inflamatorios](#), e [inmunológicos](#).¹
- Existe un creciente número de pruebas, que demuestran que la depresión, está asociada con una respuesta inflamatoria crónica de bajo grado, aumento del [estrés oxidativo](#), y aparición de respuestas [autoinmunes](#), que contribuyen a la progresión de la depresión.²
- Las citoquinas pro-inflamatorias causan depresión y [ansiedad](#),² y se ha demostrado que sus niveles están elevados, en los pacientes con síntomas depresivos,¹²; lo que puede explicar por qué los influjos psicosociales y los traumas agudos, pueden desencadenar trastornos del [estado de ánimo](#) en personas vulnerables; como aquéllas con una predisposición genética o las que tienen una mayor carga [inflamatoria](#).²
- El vínculo entre los procesos inflamatorios y los síntomas de la depresión, se confirma por la asociación de síntomas depresivos, con: enfermedades [inflamatorias](#), [autoinmunes](#) o neuroinflamatorias; tales como: el [asma](#), la [enfermedad pulmonar obstructiva crónica](#), la [enfermedad cardiovascular](#), la [diabetes](#), la [alergia](#), la [artritis reumatoide](#), la [enfermedad celíaca](#), la [esclerosis múltiple](#), y la [enfermedad de Parkinson](#).¹²
- La depresión puede tener importantes consecuencias sociales, laborales y personales, desde la incapacidad laboral : ya que se puede presentar un agotamiento, que se verá reflejado en la falta de interés hacia uno mismo, o incluso el desgano para la productividad, lo cual no solo afectará a quien está pasando por la depresión, sino también a quienes lo rodean, pudiendo llegar hasta el [suicidio](#).
- Otros síntomas por los cuales, se puede detectar este trastorno, son cambio del aspecto personal, con: enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, constante tristeza, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, ideas pesimistas, ideas hipocondríacas, y alteraciones del sueño.
- Desde la [biopsiquiatría](#), a través de un enfoque farmacológico, se propone el uso de [antidepresivos](#). Sin embargo, los antidepresivos, sólo han demostrado ser especialmente eficaces en depresión mayor/grave : en el sentido clínico del término, no coloquial.³
- El término en psicología de conducta (Ver [terapia de conducta](#) o [modificación de conducta](#)), hace referencia a la descripción de una situación individual mediante síntomas.
- La diferencia radica en que la suma de estos síntomas, no implica en este caso, un [síndrome](#); sino conductas aisladas, que pudieran si acaso establecer relaciones entre sí : pero no cualidades emergentes e independientes a estas respuestas.
- Así, la depresión no sería causa de la tristeza ni del suicidio, sino una mera descripción de la situación del sujeto. Pudiera acaso establecerse una relación con el suicidio, en un sentido

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- estadístico, pero tan sólo como una relación entre conductas : la del suicidio y las que compongan el cuadro clínico de la depresión.
- Es decir, en este sentido, la depresión tiene una explicación basada en el ambiente o contexto, como un aprendizaje desadaptativo.
 - Los principales tipos de depresión, son: el trastorno depresivo mayor; el trastorno distímico; el trastorno ciclotímico; el trastorno afectivo estacional ;y la depresión bipolar.
 - El trastorno depresivo mayor, el distímico y ciclotímico, son las formas más comunes de depresión; el trastorno distímico y ciclotímico son más crónicos, con una tristeza persistente durante al menos dos años.
 - El trastorno afectivo estacional, tiene los mismos síntomas que el trastorno depresivo mayor; en lo que difiere, es que se produce en una época del año, que suele ser el invierno. - La depresión bipolar es la fase depresiva de un trastorno llamado trastorno bipolar.⁴.

-ÍNDICE.-

- CAPÍTULO XCVIII: - 98)- DEPRESIÓN.-
- [98.1\)- Clasificación.](#)
- [98.2\)-Historia.](#)
- [98.3\)- Epidemiología.](#)
- [98.4\)- Etiología.](#)
- [98.4.1\)- Teoría Inflamatoria.](#)
- [98.4.2\)- Factores Ambientales.](#)
- [98.4.2.1\)- Estrés Psicosocial y Trauma.](#)
- [98.4.2.2\)- Dieta.](#)
- [98.4.2.3\)- Permeabilidad Intestinal e Intolerancia Alimentaria.](#)
- [98.4.2.4\)- Ejercicio.](#)
- [98.4.2.5\)- Obesidad.](#)
- [98.4.2.6\)- Tabaquismo.](#)
- [98.4.2.7\)- Trastornos Atópicos.](#)
- [98.4.2.8\)- Enfermedades Periodontales.](#)
- [98.4.2.9\)- Sueño.](#)
- [98.4.2.10\)- Vitamina D.](#)
- [98.4.2.11\)- Otros.](#)
- [98.4.3\)- Genética.](#)
- [98.5\)- Cuadro Clínico.](#)
- [98.5.1\)- Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Único o Recidivante.](#)
- [98.5.2\)- Trastorno Distímico.](#)
- [98.5.3\)- Trastorno Adaptativo Con Estado de Ánimo Depresivo o Mixto :Ansiedad y Ánimo Depresivo.](#)
- [98.5.4\)- Trastorno Depresivo No Especificado.](#)
- [98.5.5\)- Otros tipos.](#)
- [98.5.6\)- Trastorno Depresivo Asociado a Duelo Patológico.](#)
- [98.5.7\)- Clasificación de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.](#)
- [98.5.8\)- Situaciones Particulares.](#)
- [98.5.8.1\)- En las Mujeres.](#)
- [98.5.8.2\)- En los Varones.](#)
- [98.5.8.3\)- En la Vejez.](#)
- [98.5.8.4\)- En la Infancia.](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 98.5.8.5)- [En el Bebé.](#)
- 98.6)- [Diagnóstico.](#)
- 98.7)- [Diagnóstico Diferencial.](#)
- 98.8)- [Tratamiento.](#)
- 98.8.1)- [Farmacológico.](#)
- 98.8.2)- [Psicoterapia.](#)
- 98.8.2.1)- [Psicoterapia Interpersonal.](#)
- 98.8.2.2)- [Terapia Cognitiva.](#)
- 98.8.2.3)- [Terapia Conductual.](#)
- 98.8.2.4)- [Psicoterapias Psicodinámicas Breves.](#)
- 98.8.2.5)- [Acompañamiento Terapéutico y Casas de Medio Camino.](#)
- 98.8.3)- [Medidas Coadyuvantes.](#)
- 98.9)- [Pronóstico.](#)
- 98.10)- [Profilaxis.](#)
- 98.11)- [Véase También.](#)
- 98.12)- [Bibliografía.](#)
- 98.13)- [Referencias](#)
- 98.14)- [Enlaces Externos.](#)

- 98.1)- [Clasificación.](#)

Los criterios de clasificación diagnósticos pueden recoger con bastante aproximación el espectro de presentación de los síntomas depresivos.⁵, La clasificación está detallada en el apartado [Cuadro clínico.](#)

- 98.2)- [Historia.](#)

-: [Historia de la depresión.](#)

-Conocida en sus inicios con el nombre de [melancolía](#) (del [griego clásico](#) μέλας 'negro' y χολή 'bilis'), la depresión aparece descrita o referenciada en numerosos escritos y tratados médicos de la Antigüedad.

- El origen del término se encuentra en [Hipócrates](#), aunque hay que esperar hasta el año [1725](#), cuando el británico [Richard Blackmore](#), rebautiza el cuadro, con el término actual de depresión.⁶

- Hasta el nacimiento de la psiquiatría moderna, su origen y sus tratamientos, alternan entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico : dietas, paseos, música, etc.; pero, con el advenimiento de la [controversia de la biopsiquiatría](#) y el despegue de la [psicofarmacología](#), pasa a ser descrita, como acaso una [enfermedad](#) más.

- Su alta prevalencia y su relación con la esfera emocional, la han convertido, a lo largo de la historia, en frecuente recurso artístico, e incluso en bandera de movimientos culturales, como el [romanticismo](#).

- 98.3)- [Epidemiología.](#)

-Las cifras de prevalencia de la Depresión, varían dependiendo de los estudios, en función de la inclusión tan sólo de trastornos depresivos mayores, o de otros tipos de trastornos depresivos.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

-En general, se suelen recoger cifras de prevalencia, en países occidentales de aproximadamente 3 por ciento en la población general; y para el trastorno depresivo mayor, una incidencia anual del 1 al 2 por mil.⁷ .

-Según la [OMS](#), en el mundo hay más de 350 millones de personas con Depresión.⁸ .

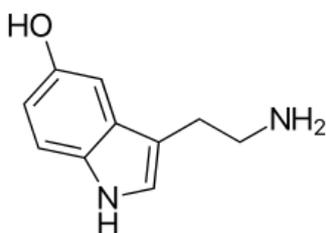
- Estudios y estadísticas, parecen coincidir en que la prevalencia, es casi el doble en la mujer que en el hombre; aunque no son pocos los trabajos, que cuestionan esta asimétrica incidencia: existen estudios, que indican que la Depresión en el hombre, es mucho menos admitida y su sintomatología reporta de manera diferente.⁹ .

- Algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas : principalmente alcohol, o la presencia de una enfermedad orgánica crónica, se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor.

- En cuanto a la asociación familiar, debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor, aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces, frente a la población general.¹⁰ .

- La mayor duración del primer episodio, y el mayor número de episodios en la vida de aquellos con depresión de inicio temprano, se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno en jóvenes.

- 98.4)- Etiología.



- Molécula de serotonina. El eje [serotonina-dopamina](#) parece cumplir un papel fundamental en el desarrollo de los trastornos depresivos. En este descubrimiento, se funda el efecto de los modernos antidepresivos, inhibidores de la recaptación de serotonina.

-El origen de la Depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores [genéticos](#), [biológicos](#) y psicosociales. Entre todos ellos, los factores biológicos, son los que merecen especial atención, incluyendo la [Psico-Neuro-Inmunología](#), que plantea un puente, entre los enfoques estrictamente biológicos y [psicológicos](#).¹ .

-Un elevado y creciente número de evidencias, indica que los episodios depresivos se asocian, no sólo con cambios en la neurotransmisión del [sistema nervioso central](#), sino también con cambios estructurales en el cerebro, producidos a través de mecanismos neuroendocrinos, inflamatorios, e inmunológicos.¹ .

- Algunos tipos de Depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica.¹¹² .

- En algunas familias, la Depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas, que no tienen una historia familiar de depresión.

-Actualmente, no existe un perfil claro de biomarcadores asociados con la Depresión, que pueda ser usado para el diagnóstico de la enfermedad.¹³ .

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- 98.4.1)- Teoría Inflamatoria.

- Existe un creciente número de pruebas, que demuestran que la Depresión está asociada con una respuesta [inflamatoria crónica](#) de bajo grado, que trae como consecuencia la activación de la [inmunidad celular](#), y una respuesta anti-inflamatoria compensatoria, caracterizada por procesos inmuno-reguladores negativos.
- Nuevas evidencias muestran que la depresión clínica, se acompaña de un aumento del [estrés oxidativo](#), y la aparición de respuestas [autoinmunes](#), que contribuyen a la progresión de la depresión.²
- La teoría que mayor interés ha suscitado entre los investigadores, es la participación de las [citoquinas](#) pro-inflamatorias, en los cambios del comportamiento típicos de la depresión.
- El aumento de las mismas y sus efectos sobre el [sistema nervioso central](#), contribuyen al desarrollo de los síntomas depresivos somáticos y neuropsicológicos.¹
- De hecho, en los estudios donde a participantes sanos, se les administran infusiones de [endotoxinas](#), para desencadenar la liberación de citoquinas, donde aparecen los síntomas depresivos clásicos, que también condicionan las características conductuales y cognitivas típicas de la depresión.
- Por ejemplo, aproximadamente el 25% de los pacientes, que reciben [interferón](#) para el tratamiento de la [hepatitis C](#), desarrolla una depresión importante.²
- Muchos estudios realizados hasta el momento, han demostrado la existencia de niveles elevados de citoquinas pro-inflamatorias en el [suero](#) de los pacientes, con un episodio depresivo grave.
- Un interesante fenómeno, que confirma el vínculo entre los procesos inflamatorios y los síntomas de la Depresión, es la asociación de síntomas depresivos con enfermedades inflamatorias, [autoinmunes](#) o neuroinflamatorias, tales como: el [asma](#), la [enfermedad pulmonar obstructiva crónica](#), la [enfermedad cardiovascular](#), la [diabetes](#), la [alergia](#), la [artritis reumatoide](#), la [enfermedad celíaca](#), la [esclerosis múltiple](#) y la [enfermedad de Parkinson](#).¹²
- Los niveles de [citoquinas](#) pro-inflamatorias, se correlacionan con la gravedad de los síntomas depresivos, mientras que el tratamiento con antidepresivos y la mejoría clínica, conducen a la normalización de la concentración de citoquinas pro-inflamatorias en los pacientes con depresión.
- Un [metaanálisis](#) de 22 estudios, que evaluó la relación entre los niveles de marcadores inflamatorios y la eficacia de los medicamentos antidepresivos, en el tratamiento de la Depresión, demostró una disminución de los niveles de citoquinas pro-inflamatorias, tales como la [IL-1β](#) y la [IL-6](#), asociado al uso de fármacos antidepresivos, especialmente los [inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina](#).¹
- La falta de respuesta a los tratamientos antidepresivos, se asocia con niveles persistentemente elevados de marcadores inflamatorios, y puede explicarse por la existencia de procesos [inflamatorios crónicos](#), daño crónico por un aumento del [estrés oxidativo](#), y por la aparición de trastornos autoinmunes.²
- Cualquier factor que active la [inmunidad celular](#) y los procesos [inflamatorios](#), sin una activación concomitante de la respuesta anti-inflamatoria compensatoria, puede agravar aún más los efectos perjudiciales de los procesos inmuno-inflamatorios activados.²
- Diferentes factores ambientales potencialmente conectados con la [inflamación](#) sistémica, aumentan el riesgo de desarrollar depresión; estos incluyen factores de estrés psicosocial, mala alimentación, [permeabilidad intestinal aumentada](#), [intolerancias alimentarias](#),

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

[inactividad física](#), [obesidad](#), [tabaquismo](#), [atopia](#), [enfermedades periodontales](#), sueño y deficiencia de [vitamina D](#).¹² .

- 98.4.2)- Factores Ambientales.

- 98.4.2.1)- Estrés Psicosocial y Trauma.

- De todos los factores psicosociales posibles, el [estrés](#) y el [trauma psicológico](#), son los mejor conocidos. Tanto el trauma agudo o los factores de estrés sub-crónico, como la exposición temprana al trauma infantil, aumentan el riesgo de desarrollar Depresión y de provocar alteraciones del estado de ánimo, por su impacto sobre el [sistema inmunitario](#) y el [sistema nervioso central](#).²¹⁴ .

-El estrés psicosocial puede activar la producción de [citoquinas pro-inflamatorias](#), tales como el [factor de necrosis tumoral alfa](#) (TNF- α) y la [interleucina-1](#) (IL-1), y disminuir los niveles de citoquinas anti-inflamatorias, tales como la [interleucina-10](#) (IL-10).

- Esto se ha demostrado en relación con el estrés agudo o crónico, tanto en animales como en humanos.¹⁵ . Las citoquinas pro-inflamatorias causan depresión y [ansiedad](#), lo cual puede explicar por qué los influjos psicosociales y los traumas agudos, pueden desencadenar trastornos del estado de ánimo en personas vulnerables, por ejemplo, las que tienen polimorfismos de genes inmunes, bajos niveles de [peptidasas](#) o una mayor carga inflamatoria.² .

-La evidencia de los modelos animales, ha sugerido durante mucho tiempo que la exposición temprana a un trauma en la infancia puede aumentar el riesgo de un mal funcionamiento futuro de los sistemas [nervioso](#), [inmunológico](#) y [endocrino](#).

- Estos hallazgos han sido corroborados posteriormente en humanos. Los estudios que exploran la influencia del estrés, en otras enfermedades inflamatorias, tales como el [síndrome metabólico](#) y las [enfermedades cardiovasculares](#), han demostrado consistentemente tendencias similares.

- Todos estos resultados, sugieren que el estrés que se produce en edades tempranas, puede ejercer efectos persistentes durante largos períodos de tiempo, provocando un aumento de la susceptibilidad a desarrollar enfermedades [somáticas](#) y psiquiátricas, y una potencial baja respuesta a los tratamientos.

- No obstante, este modelo no explica completamente la vulnerabilidad a padecer enfermedades [inflamatorias](#), sino que el empleo en la edad adulta de las respuestas aprendidas de mala adaptación al estrés, parece jugar un papel fundamental. Por ejemplo, hay pruebas de que la personalidad y la forma en que una persona responde a los estresores psicosociales, tales como la tensión laboral, o el estrés ante un examen, pueden contribuir a desarrollar procesos inflamatorios.² .

-Comprender y modificar los factores de riesgo relacionados con el estrés y el [estilo de vida](#) , supone un paso importante en la prevención de las enfermedades inflamatorias, tales como la Depresión.² .

- 98.4.2.2)- Dieta.

- En todo el mundo, desde las últimas décadas del siglo XX, se han venido produciendo importantes cambios en los hábitos alimentarios. Los [patrones dietéticos](#) saludables, abundantes en [fibra](#), alimentos ricos en [nutrientes](#) y [ácidos grasos omega-3](#), han sido

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

sustituídos por dietas altas en [grasas saturadas](#) y [azúcares](#) refinados.² .

- Diversos componentes de la [dieta](#), pueden influir negativamente sobre el funcionamiento del [sistema inmunitario](#), y aumentar los niveles de [inflamación](#) sistémica, lo cual predispone al desarrollo de la depresión. Numerosos estudios realizados desde 2009, demuestran asociaciones inversas entre la calidad de la dieta y los [trastornos mentales](#), como: la [ansiedad](#) y la depresión, tanto en adultos como en niños y adolescentes, de todas las culturas.² .

- Un patrón poco saludable ("occidental"), caracterizado por una elevada carga [glucémica](#), rico en [carbohidratos](#) refinados y [azúcares](#) añadidos, [carnes rojas](#) y [procesadas](#), y otros alimentos muy elaborados, se asocia con un aumento de los marcadores de inflamación.

- Una dieta desproporcionadamente alta en [ácidos grasos omega-6](#) : comúnmente utilizados en los [alimentos procesados](#), aumenta la producción de [citoquinas](#) pro-inflamatorias. Los [ácidos grasos "trans"](#) inducen inflamación de manera similar.² .

-Por el contrario, se ha comprobado que un patrón de dieta saludable : como la [dieta mediterránea](#), caracterizado por un mayor consumo de pescado, legumbres, frutas, verduras y granos enteros, se asocia con concentraciones [plasmáticas](#) reducidas de marcadores inflamatorios.

- La fibra contenida en alimentos de grano entero, parece tener funciones de modulación inmune, y protege contra el [estrés oxidativo](#), que es una consecuencia de la inflamación, y una característica de la enfermedad depresiva.

- Los ácidos grasos omega-3, que son componentes importantes de muchos alimentos saludables, tales como los mariscos, verduras de hoja verde, legumbres y nueces, actúan reduciendo la inflamación.

- El consumo de [magnesio](#), está inversamente relacionado con los niveles [séricos](#) de [proteína C reactiva](#) (PCR), que es un importante marcador de inflamación a nivel general.² .

La carencia de ciertos nutrientes también está asociada con el desarrollo de depresión, como la disminución del contenido de [licopeno](#), en los alimentos, y de la disponibilidad de [selenio](#) en las aguas subterráneas.² .

- 98.4.2.3)- Permeabilidad Intestinal e Intolerancia Alimentaria.

-Existe un número creciente de evidencias acerca del papel, que puede desempeñar el [tracto gastrointestinal](#) en el desarrollo de la depresión.¹ .

-La [permeabilidad intestinal aumentada](#), que consiste en una disfunción de la [barrera intestinal](#), es uno de los factores que provocan [inflamación](#) sistémica, y niveles elevados de [citoquinas](#) pro-inflamatorias. Estos hallazgos han sido documentados en pacientes con Depresión.¹ .

- El papel principal de la barrera intestinal consiste en regular el paso de los [nutrientes](#) y bloquear el paso tanto de los [microorganismos](#), como de los [antígenos](#). Cuando la permeabilidad intestinal está aumentada, la barrera intestinal pierde su función protectora, y pasan al [torrente sanguíneo](#) moléculas que no deberían pasar, tales como ciertas [bacterias](#) intestinales, [toxinas](#), y nutrientes incompletamente digeridos.¹ .

- Se ha demostrado que el aumento de la permeabilidad intestinal, puede ser provocado por la exposición a bacterias, [drogas](#), al estrés, o bien por determinados alimentos, como la [gliadina](#) : fracción proteica del [gluten](#). La gliadina provoca un aumento de la permeabilidad intestinal, independientemente de la base genética existente, es decir, tanto en [celíacos](#) como en no celíacos.¹ .

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- El paso de nutrientes incompletamente digeridos de la luz intestinal a la sangre, conduce a la activación del [sistema inmunitario](#), que puede iniciar la producción de [anticuerpos](#) específicos del tipo [IgG](#), contra nutrientes. Como consecuencia, se desarrolla hipersensibilidad a ciertos alimentos : que es de tipo retardada e IgG mediada, e inflamación, que se mantiene de forma crónica por el consumo repetido de los alimentos alergénicos.
 - Se ha confirmado el papel de los anticuerpos específicos del tipo IgG, en los enfermos [celíacos](#), en los cuales ocurre una reacción retardada contra el [gluten](#).¹ .
 - La naturaleza retrasada de la reacción IgG mediada, en la que los síntomas aparecen horas o incluso días después de la ingesta del alimento, constituye un importante obstáculo para el diagnóstico, puesto que al paciente le resulta imposible identificar la causa de la alergia. Por el contrario, los anticuerpos del tipo [IgE](#), son responsables de reacciones alérgicas agudas: alergias IgE mediadas, que aparecen inmediatamente.¹ .
 - Existe actualmente un creciente interés acerca del papel de la [microbiota](#) en el mantenimiento del funcionamiento adecuado de la barrera intestinal, el [eje cerebro-intestino](#), y los trastornos psiquiátricos.
 - Una [flora intestinal](#) equilibrada es un factor importante en la reducción de los niveles de [citoquinas](#) pro-inflamatorias, y el mantenimiento de la barrera intestinal. Esta es la razón por la cual el [sobrecrecimiento bacteriano intestinal](#), puede provocar un aumento de la [permeabilidad intestinal](#), lo que permite a los [lipopolisacáridos](#) bacterianos, penetrar en la sangre. En los pacientes con Depresión, se han encontrado niveles significativamente elevados de [anticuerpos](#) del tipo [IgA](#) e [IgM](#), contra los lipopolisacáridos de [bacterias Gram negativas](#).²¹ . Esta observación es muy importante, ya que los [metabolitos](#) de ciertas bacterias penetran en la sangre, además de afectar negativamente al funcionamiento del [sistema nervioso central](#).¹ .
- 98.4.2.4)- Ejercicio.
- El [comportamiento sedentario](#), se considera un factor de riesgo importante y novedoso para una serie de trastornos de salud, por su relación con el aumento de la inflamación, si bien no se comprende plenamente la fisiología subyacente de la conducta sedentaria.
 - La [sarcopenia](#) : pérdida general de masa muscular y fuerza, asociada al envejecimiento o el sedentarismo, está ligada además con un deterioro cognitivo en los ancianos, que parece estar mediado por la [inflamación](#).² .
 - Practicar ejercicio de forma , ha demostrado ser un tratamiento eficaz para la depresión y los trastornos de [ansiedad](#) , y protege contra el desarrollo de nuevas enfermedades depresivas. El ejercicio regular reduce la inflamación sistémica, a través de la adaptación homeostática y disminuye la [leptina](#), cuyos niveles elevados, también están implicados en el desarrollo de la depresión. Estos hallazgos apoyan el papel de la inflamación en la mejora del estado de ánimo inducido por el ejercicio.² .
 - Por el contrario, se ha demostrado que la [inactividad física](#), durante la infancia se asocia con un mayor riesgo de desarrollar depresión en la edad adulta.² .
- 98.4.2.5)- Obesidad.
- Se ha demostrado que la obesidad, la cual constituye actualmente un problema de salud creciente que ya alcanza proporciones [epidémicas](#), puede predisponer al desarrollo de la

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

sintomatología depresiva, y la depresión clínica.

- Asimismo, hay evidencias de que la depresión predispone a la obesidad de una manera bidireccional. Un reciente [meta-análisis](#), encontró que la depresión eleva en un 58% las probabilidades de desarrollar obesidad, y que la obesidad aumenta en un 55% el riesgo de padecer depresión a largo plazo.².

-La [obesidad](#) es un estado [inflamatorio](#), y se relaciona con una amplia serie de [enfermedades crónicas](#). Las [citoquinas](#) pro-inflamatorias están involucradas en el [metabolismo](#) de la grasa.

- Se ha demostrado que la obesidad, independientemente de la edad y de otros factores de confusión potenciales, aumenta los niveles de citoquinas inflamatorias (o viceversa), en todos los índices de obesidad, en particular en la obesidad abdominal. Este hecho proporciona una probable explicación de los aumentos observados en enfermedades concomitantes, como la Depresión.².

- 98. 4.2.6)- Tabaquismo.

- Se ha demostrado repetidamente que las tasas de [tabaquismo](#), son significativamente más elevadas en los pacientes, que padecen Depresión, si bien la explicación es compleja. Las tres posibles hipótesis, son que fumar provoca el desarrollo de la depresión, que la depresión aumenta los comportamientos que inducen a fumar, y que los factores compartidos de vulnerabilidad, aumentan el riesgo de ambos.

- Una importante vía, es el efecto que los miles de [sustancias químicas](#), presentes en el humo del tabaco, tienen sobre el aumento de la [inflamación](#) sistémica, la exposición al [estrés oxidativo](#), y la [respuesta inmune](#).².

- 98.4.2.7)- Trastornos Atópicos.

- Los resultados de diversos estudios demuestran que los [trastornos atópicos](#), cuya prevalencia ha ido aumentando de manera constante durante las últimas décadas, se asocian con un aumento del riesgo de padecer depresión clínica y sintomatología depresiva.

- La atopia es el resultado de una respuesta inflamatoria a la exposición a [alérgenos](#) comunes, lo que lleva al desarrollo de síntomas [alérgicos](#), tales como: [asma](#), [eczema](#) o [rinitis](#).².

- 98.4.2.8)- Enfermedades Periodontales.

-Las [enfermedades periodontales](#), incluyendo la [gingivitis](#) y la [periodontitis](#), constituyen una gran preocupación de salud pública. Está documentado que los pacientes psiquiátricos tienen peor estado de salud oral. Estudios recientes sugieren que la depresión en particular puede estar asociada con la enfermedad periodontal, si bien otros estudios no han encontrado ninguna asociación.².

- La enfermedad periodontal es una enfermedad [inflamatoria](#), tanto a nivel local como a nivel [sistémico](#), y se asocia con niveles [séricos](#) elevados de [proteína C reactiva](#). Además, tiene un significativo valor predictivo de otras enfermedades inflamatorias. No obstante, a pesar de existir ciertas evidencias de que las infecciones periodontales, pueden desempeñar un papel en algunas [enfermedades neurodegenerativas](#), actualmente sigue habiendo escasez de pruebas, acerca de si la translocación de [bacterias](#) periodontales, juega un papel en algunos pacientes con depresión clínica.².

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- Como tal, la enfermedad periodontal, puede considerarse un marcador de un fallo del [sistema inmunitario](#), para luchar contra la inflamación, aumentando el riesgo de depresión a través de sus efectos inflamatorios sistémicos, que pueden potenciar los síntomas de los procesos inflamatorios y [oxidativos](#), y por lo tanto depresivos. Por otra parte, los efectos psicosociales de la falta de higiene oral, tales como: vergüenza, soledad o aislamiento, pueden predisponer al desarrollo de depresión.² .

- 98.4.2.9)- Sueño.

- La regulación del [sueño](#) es un componente esencial para la comprensión de la [fisiopatología](#) y el tratamiento de la Depresión. Influye en el estado de ánimo¹³ y desempeña un papel fundamental en la regulación de diversos sistemas fisiológicos y psicológicos. Las alteraciones del sueño están relacionadas con una serie de consecuencias negativas para la salud, tales como: peor calidad de vida, [comorbilidad](#) y un mayor riesgo de mortalidad;² a menudo persisten más allá del episodio clínico de depresión y aumentan la vulnerabilidad a la recaída. Asimismo, los cambios en el sueño, predicen la respuesta al tratamiento de la depresión, y muchos tratamientos [antidepresivos](#) influyen sobre el sueño.¹³ Regular los hábitos de sueño, puede constituir un factor de protección, frente a los problemas de salud mental.² .

-Los pacientes depresivos padecen frecuentemente [trastornos del sueño](#),¹³ con tasas más altas que las de la población general.² Se estima que hasta un 80-90% de las personas que sufren una depresión importante también experimentan trastornos del sueño.² .

-Varios estudios prospectivos y [epidemiológicos](#), han sugerido que las alteraciones del sueño pueden predisponer a desarrollar posteriormente trastornos del estado de ánimo, que los síntomas del insomnio, a menudo aumentan el riesgo de recaída en pacientes previamente diagnosticados con trastorno depresivo mayor, y que los períodos de [insomnio](#), a menudo preceden a los episodios de [manía](#), en pacientes [bipolares](#).² .

- Se ha observado una serie de cambios en el sueño, en los pacientes depresivos, si bien ningún marcador del sueño aislado se asocia específicamente con la depresión. Entre ellos, los más fiables ,incluyen alteraciones en la continuidad : por ejemplo, retraso en la conciliación del sueño y disminución de su eficiencia, inicio más temprano de la [fase de movimientos oculares rápidos del sueño](#) (REM), aumento de la actividad, la densidad y la cantidad de la fase REM, y disminución de la fase de ondas lentas. Algunos de estos marcadores del sueño, se han detectado en personas sanas con alto riesgo familiar de depresión, y se asocian con el desarrollo posterior de depresión.¹³ .

- Tanto la privación crónica como aguda del sueño, producen deficiencias en el funcionamiento del [sistema inmunitario](#), caracterizadas por el aumento de los niveles de [citoquinas](#) pro-inflamatorias, tales como la [proteína C reactiva](#), el [factor de necrosis tumoral alfa \(TFN-α\)](#), y la [interleucina-6 \(IL-6\)](#).

- Un creciente número de investigaciones, sugiere que las restricciones del sueño, se asocian con alteraciones neuroendocrinas y neurobiológicas similares a las observadas en los trastornos del estado de ánimo. También se cree, que los aumentos en las citoquinas pro-inflamatorias TFN-α e IL-6 provocados por la privación del sueño, están relacionados con una reducción de la [neurogénesis adulta](#) : nacimiento de nuevas neuronas, comparable con las alteraciones que se encuentran en los pacientes depresivos. Por este motivo, se ha propuesto que la inhibición de la neurogénesis, mediante el proceso de interrupción crónica

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

del sueño, también puede ser una causa de la depresión. Tanto el tratamiento farmacológico con éxito de la depresión, como la mejora del sueño nocturno, se asocian con una disminución de los niveles de las citoquinas IL-6.².

- 98.4.2.10)- Vitamina D.

-En la población occidental, la deficiencia de [vitamina D](#), especialmente [25-hidroxivitamina D](#), está muy extendida. Los niveles [séricos](#) bajos de vitamina D, están vinculados con diversos trastornos de salud, como : el [cáncer](#), la [osteoporosis](#) y la depresión.².

- La fisiología de la vitamina D, se solapa con la [fisiopatología](#) de la depresión. Existen receptores de la vitamina D en áreas clave del cerebro; y la vitamina D juega un papel en los [ritmos circadianos](#) y el sueño, afecta a los [glucocorticoides](#), e influye en el crecimiento [neuronal](#), la proliferación celular en el cerebro en desarrollo, y la [embriogénesis](#).².

-Respecto a los potenciales efectos antidepresivos de la vitamina D, existen resultados contradictorios, con estudios que arrojan resultados positivos y otros, por el contrario, resultados negativos. La vitamina D posee efectos moduladores sobre la [inmunidad](#).

- Se ha demostrado que la suplementación con vitamina D, reduce notablemente los niveles de las [citoquinas](#) pro-inflamatorias [TFN- \$\alpha\$](#) e [IL-6](#) : ambas claramente asociadas con la depresión) y el [estrés oxidativo](#) ; que está estrechamente vinculado con la [inflamación](#).

- La vitamina D derivada de una exposición segura al sol, puede reducir la inflamación [sistémica](#).².

- 98.4.2.11)- Otros.

- Se ha propuesto la hipótesis de que la alta exposición a los [pesticidas](#) : incluyendo envenenamiento, que experimentan los residentes en zonas rurales y los trabajadores agrícolas, constituye un riesgo elevado para el desarrollo de trastornos psiquiátricos, tales como la depresión y conductas suicidas.

-Sin embargo, los datos epidemiológicos que apoyan esta teoría, son muy limitados y no concluyentes.¹⁶.

Existen evidencias de la relación, entre la alteración de los [ritmos circadianos](#) y el desarrollo de síntomas depresivos. Entre ellos, destacan los cambios de humor diurnos, el patrón de actividad diaria, la concentración alterada, y la organización día/noche.¹⁷.

- 98.4.3)- Genética.

-Se ha encontrado durante la historia de la medicina, genes vinculados a que una persona sea o no más susceptible a la Depresión:

- GATA1 -parece disminuir el tamaño del cerebro, aumenta la depresión
- (CALM2, -SYN1, RAB3A, RAB4B y TUBB4) disminuidos por GATA1
- SLC6A15 -transportador de aminoácidos en el cerebro, aumenta las posibilidades de padecer depresión
- MKP-1 -aumentado en pacientes con depresión
- FTO -gen de la obesidad parece influir en la depresión
- CREB1 -depresión en mujeres
- GRM7 -receptor metabotrópico del glutamato
- FNDC -(factor neurotrófico derivado del cerebro) al suprimirlo aumenta la ansiedad y la depresión.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- 5-HTTLPR -variante del gen transportador de serotonina.
 - p11 -su deficiencia provoca depresión
 - SERT-s -gen transportador de serotonina corta
 - SERT-l -gen transportador de serotonina larga
 - RNF123 -afecta al [hipocampo](#)
 - PDE4B -aumenta la posibilidad de padecer depresión
 - Hipocreatina -disminuye la depresión.
- Varios estudios describen la identificación de la región cromosómica 3p25-26, situada en el brazo corto del cromosoma 3, en la que hay un total de 214 genes.
- Los análisis de [GWAS](#) identifican dos [SNPs](#) en síndromes depresivos en los cromosomas 12 y 18, rs7973260 y rs62100776 respectivamente.

- 98.5)- Cuadro Clínico.

- 98.5.1)- Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Único o Recidivante.



-Código CIE-10

[F32](#), [F33](#)

- El primer episodio de depresión mayor, puede ocurrir en cualquier momento y, en algunos casos, en los meses previos a su presencia los pacientes, pueden experimentar un conjunto de síntomas, como la: ansiedad, fobias, síntomas de depresión mínimos y ataques de pánico.¹⁸ También conocida como depresión mayor, depresión unipolar o depresión clínica, que se da en el paciente que tiene uno o más [episodios depresivos mayores](#).

- Si el episodio es único, el diagnóstico es “trastorno depresivo mayor de episodio único”, mientras si ha habido más de un episodio, se diagnostica “trastorno depresivo mayor recurrente”.

- El término “depresión unipolar” se opone al de “[depresión bipolar](#)” o trastorno maníaco-depresivo, e indica que el estado de ánimo, se mantiene en un solo polo emocional, sin existencia de períodos de [manía](#). Los criterios que establecen tanto el [DSM-IV](#). como el [CIE-10](#), para el [trastorno depresivo mayor](#) son:¹⁹ :

- - Criterio A: - La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:
 - -Estado de ánimo [triste](#), [disfórico](#) o [irritable](#) durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días;
 - -[Anhedonia](#) o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales;
 - -Disminución o aumento del peso o del apetito;
 - -[Insomnio](#) o [hipersomnio](#) : es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba, o porque se duerme más; véanse los trastornos en el [sueño](#);

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- - Enlentecimiento o agitación [psicomotriz](#);
 - - [Astenia](#) : sensación de debilidad física;
 - - Sentimientos recurrentes de inutilidad o [culpa](#);
 - - Disminución de la capacidad [intelectual](#);
 - - Pensamientos recurrentes de [muerte](#) o ideas [suicidas](#);
 - - Criterio B:- No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos: síntomas [maníacos](#) y depresivos, [trastornos esquizoafectivos](#), o trastornos [esquizofrénicos](#).
 - - Criterio C:- El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.
 - - Criterio D: - Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.
 - - Criterio E: - No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.
- 98.5.2)- Trastorno Distímico.
- : [Distimia](#)
- *Código CIE-10:* [F34.1](#) Los criterios para este tipo de trastorno depresivo son:
- - Criterio A: - Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.
 - - Criterio B: - Deben aparecer dos o más de estos síntomas:
 - Variaciones del [apetito](#) : trastornos en la [alimentación](#);
 - [Insomnio](#) o [hipersomnio](#) (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el [dormir](#))
 - [Astenia](#);
 - Baja autoestima;
 - Pérdida de la capacidad de [concentración](#)
 - Sentimiento recurrente de desánimo o [desesperanza](#)
 - -Criterio C: Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.
 - -Criterio D: -No existen antecedentes de episodios depresivos mayores durante los dos primeros años de la enfermedad. Si antes de la aparición de la distimia se dio un episodio depresivo mayor, éste tendría que haber [remitido](#) por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha.
 - -Criterio E: -No existen antecedentes de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos, ni se presentan tampoco los criterios para un [trastorno bipolar](#).
 - -Criterio F:- No hay criterios de [esquizofrenia](#), de [trastorno delirante](#) o consumo de sustancias tóxicas (Véase [adicción](#)).
 - - Criterio G:- No hay criterios de enfermedades orgánicas.
 - - Criterio H:- Los síntomas originan malestar y deterioro de las capacidades sociales, laborales o en otras áreas del funcionamiento del paciente.
- 98.5.3)- Trastorno Adaptativo Con Estado de Ánimo Depresivo o Mixto : Ansiedad y Animo Depresivo.
- *Código CIE-10*

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

[F43.20](#), [F43.22](#)

-Por trastorno adaptativo o [depresión reactiva](#), se acepta la aparición de síntomas cuando ésto, ocurre en respuesta a un acontecimiento vital estresante, y no más allá de los tres meses siguientes a su aparición. Se habla de depresión reactiva, cuando el cuadro es más grave de lo esperable, o tiene mayor repercusión funcional de la que cabría esperar para ese factor estresante. Debe existir, entonces, un criterio de "desproporción" para su diagnóstico.

- 98.5.4)- Trastorno Depresivo No Especificado.

-[F32.9](#).

- Se denomina trastorno depresivo no especificado, a aquella situación en la que aparecen algunos síntomas depresivos, pero no son suficientes, para el diagnóstico de alguno de los trastornos previos.

- Esta situación puede darse cuando existe un solapamiento de síntomas depresivos, con un trastorno por ansiedad : [síndrome ansioso-depresivo](#), en el contexto de un [trastorno disfórico premenstrual](#), o en cuadros de [trastorno depresivo post-psicótico](#) : residual, en la esquizofrenia.

- 98.5.5)- Otros tipos.

- 98.5.6)- Trastorno Depresivo Asociado A Duelo Patológico.

- En el [DSM: IV](#), se contempla la situación de duelo, como un posible detonador de una reacción depresiva, que puede evolucionar hacia un [trastorno](#) .

- El [duelo](#) patológico constituye una reacción depresiva crónica, a la pérdida de un ser amado, que se extiende por más de seis meses .

- Si bien la reacción depresiva constituye una fase natural del proceso de [duelo normal](#) : negación, ira, negociación, depresión y aceptación; en el duelo patológico esta reacción depresiva se convierte en un trastorno, debido que lejos de resolverse a través de la aceptación de la pérdida, evoluciona hacia el desarrollo de sintomatología propiamente depresiva.

- 98.5.7)- Clasificación de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.

- Desde un punto de vista diagnóstico y terapéutico, la FEPSM señala la improcedencia de las clasificaciones actuales : depresión mayor, distimia, y la utilidad y vigencia de criterios clásicos, como: [depresión melancólica](#), [depresión no melancólica](#), [depresión psicótica](#) y [depresión orgánica](#).²⁰ .

- 98.5.8)- Situaciones Particulares.

- 98.5.8.1)- En las Mujeres.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**



- Las hormonas sexuales femeninas, parecen modular de alguna manera el desarrollo y la gravedad de los cuadros depresivos.
- La depresión se da en la [mujer](#), con una frecuencia que es casi el doble de la del varón.²¹²²
- Quizás factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer.
- Otra explicación posible, se basa en el contexto social que viven las mujeres, relativas al sexismo ([género](#)).
- En particular, en relación con los cambios del [ciclo menstrual](#), el [embarazo](#), el [aborto](#), el periodo de [posparto](#), la [premenopausia](#) y la [menopausia](#). Las [hormonas sexuales](#) femeninas ([estrógenos](#) y [progesterona](#)), debido a una existencia de menores niveles de estrógenos, parecen desempeñar por tanto, un cierto papel en la [etiopatogenia](#) de la depresión.²³
- Un estudio reciente del [Instituto Nacional de Salud Mental](#) de los Estados Unidos ([NIMH](#)), demostró que las mujeres que presentaban predisposición a padecer el [síndrome premenstrual](#) ([SPM](#)) grave, se alivian de sus síntomas físicos y anímicos : por ejemplo, de la depresión, cuando se les suprimen sus [hormonas sexuales](#), a través de un tratamiento farmacológico. Si ese tratamiento se interrumpe, las hormonas se reactivan, y, al poco tiempo, los síntomas vuelven. Por otro lado, a las mujeres sin SPM, la supresión temporal de las [hormonas](#), no les produce ningún efecto.²⁴²⁵

- La depresión posparto es un trastorno depresivo que puede afectar a las mujeres después del nacimiento de un hijo. Está ampliamente considerada como tratable. Los estudios muestran entre un 5 y un 25 por ciento de [prevalencia](#), pero las diferencias metodológicas de esos estudios, hacen que la verdadera tasa de prevalencia no esté clara.²⁶
- En recientes estudios, se ha demostrado una asociación entre la aparición de depresión en mujeres de edad avanzada, y un aumento de la mortalidad : por diferentes causas, principalmente por [accidentes vasculares cerebrales](#).²⁷

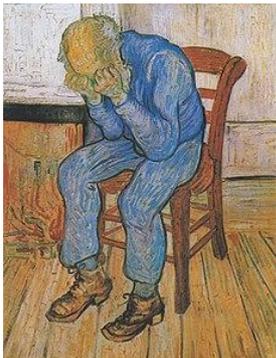
- 98.5.8.2)- En los Varones.

- Existen datos con los que se afirma que la prevalencia global de la depresión es inferior entre los varones; aunque hay estudios que manifiestan que ello, se debe a que éstos son menos propensos a admitir su enfermedad, siguiendo las pautas estipuladas por el sistema cultural para su género, provocando en los varones una mayor cohibición para consultar, y ser diagnosticado por un especialista.
- En cuanto al suicidio, si bien los datos afirman que los intentos son más comunes en la mujer que en el hombre, la tasa de [suicidio](#) consumado en ellos, es cuatro veces más alta que en las mujeres. Utilizando los hombres una metodología más letal para asegurar su fallecimiento.⁹
- A partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en el hombre aumenta, alcanzando el nivel máximo después de los 85 años.²⁸²⁹³⁰

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

-La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Algunos estudios indican que la depresión se asocia con un riesgo elevado de [enfermedad coronaria](#) en ambos sexos. Sin embargo, sólo en el varón, se eleva la tasa de mortalidad debida a una enfermedad coronaria, que se da junto con un trastorno depresivo.³¹ .

- 98.5.8.3)- En la Vejez.



- "On the Threshold of Eternity". El pintor holandés [Vincent van Gogh](#), aquejado de un grave trastorno mental, quizá un tipo de psicosis que incluía estados de fuerte depresión, pintó este cuadro en [1890](#), en el que presenta a un anciano, en un estado de desesperación.

-El inicio clínico de la depresión en el anciano, puede cursar con una pobre alteración del estado de ánimo. Incluso puede aparecer enmascarada con otros síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, alteraciones de la memoria, insomnio, síntomas somáticos, ansiedad o irascibilidad. Puede simular un cuadro de demencia senil, hablándose entonces de pseudodemencia depresiva.

-Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto natural de esa etapa de la vida. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, provoca un sufrimiento innecesario, para el anciano y para su [familia](#). Cuando la persona de edad avanzada acude con el [médico](#), puede describir únicamente síntomas físicos. Esto ocurre porque el anciano puede mostrarse reacio a hablar de su desesperanza y tristeza. La persona anciana puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo.

-Las depresiones subyacentes en los ancianos, son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de la salud. Los profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente. También los profesionales detectan mejor los síntomas depresivos, que se deben a [efectos secundarios](#) de medicamentos, que el anciano está tomando, o debido a una enfermedad física concomitante. Si se elabora el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o [psicoterapia](#), ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria.

- La [investigación científica](#) reciente, indica que la psicoterapia breve (terapia a través de charlas que ayudan a la persona en sus relaciones cotidianas, y ayudan a aprender a combatir los pensamientos distorsionados negativamente, que generalmente acompañan a la depresión, es efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en personas mayores. La psicoterapia también es útil, cuando los pacientes ancianos no pueden o no

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

quieren tomar medicamentos. Estudios realizados acerca de la eficacia de la psicoterapia, demuestran que la depresión en la vejez, puede tratarse eficazmente con psicoterapia.³²

- 98.5.8.4)- En la Infancia.



- La existencia de trastornos depresivos en la infancia, comenzó a abordarse en la literatura médica a partir de la década de los años setenta.

- La depresión en la [niñez](#) se empezó a reconocer en los años 70. El diagnóstico se acoge a los mismos criterios que en el caso de los adultos, aunque la sintomatología puede ser algo más confusa. Su prevalencia en la infancia es del 1-2 por ciento y, en la adolescencia, del 4-5 por ciento.³³.

- El niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar a ir a la [escuela](#), juega menos o deja de hacerlo, expresa el deseo de no querer separarse de los padres, o tiene miedo de que uno de los padres fallezca.

- En la primera infancia, pueden desarrollar síntomas atípicos como somatizaciones difusas, trastornos alimenticios, [enuresis](#), etc.

-El adolescente puede expresar mal humor, disminuir el rendimiento escolar, presentar conductas desafiantes o presentar brotes de irritabilidad. En ocasiones expresa el trastorno anímico con el desarrollo de conductas de riesgo : consumo de sustancias psicotrópicas, comportamientos parasuicidas, etc..

- Dado que los comportamientos normales varían de una etapa de la niñez a la otra, es a veces difícil establecer si un niño está simplemente pasando por una fase de su desarrollo o si está verdaderamente padeciendo de depresión. A veces, el niño tiene un cambio de comportamiento notorio, que preocupa a los padres, o el maestro menciona que el "niño no parece ser el mismo". En esos casos puede sospecharse un trastorno depresivo.

- 98.5.8.5)- En el Bebé.

- Aunque es menos conocida y poco mencionada, los bebés también pueden sufrir de depresión. La depresión anaclítica se observa principalmente en bebés separados de la madre y confiados al cuidado de instituciones.

- Una separación radical de la madre, que dure entre tres y cinco meses, es suficiente para generar en el bebé la sucesión de síntomas que caracterizan esta enfermedad. En la primera etapa hay lloriqueos, exigencias y cierto retraimiento. La segunda etapa se manifiesta con gemidos, pérdida de peso, desinterés por el entorno y retrasos en el desarrollo. En la tercera etapa hay un retraimiento total, insomnio, rigidez facial, retraso motor generalizado, pérdida de peso y resfriados frecuentes. En situaciones de privación emocional prolongada, los bebés más propensos a contraer una depresión anaclítica son aquellos que durante el primer medio año de vida pudieron establecer con sus madres una buena relación. En cualquier caso, cabe destacar que, si en el curso de la enfermedad la figura materna

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

reaparece, los síntomas y las manifestaciones patológicas van decreciendo progresivamente y los bebés pueden recuperar, en la mayoría de los casos, el nivel de desarrollo adecuado a su edad.³⁴

- 98.6)- Diagnóstico.

- El primer paso e imprescindible consiste en realizar una completa evaluación del paciente, con la realización de todas las pruebas necesarias en cada caso, en busca de posibles causas orgánicas, farmacológicas o tóxicas que simulen, provoquen o empeoren un trastorno depresivo (Véase [Diagnóstico diferencial](#)).³⁵³⁶³⁷.

- En último término, es la entrevista clínica la que ofrece los datos necesarios para el diagnóstico, cuando se cumplen los criterios establecidos más arriba.

-Una buena evaluación diagnóstica, debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los [síntomas](#), cuánto han durado, cuán serios son? Si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué [tratamiento](#) se dio. - Quien diagnostique, también debe preguntar acerca del uso de [alcohol](#) y [drogas](#), y si el paciente tiene pensamientos de muerte o [suicidio](#). Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y, si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos?

-Actualmente tienen competencias en este diagnóstico los psiquiatras (licenciados en medicina, especializados en psiquiatría), psicólogos clínicos (licenciado o grado en psicología, especializado en psicología clínica) y en España, según el sistema universitario previo a los grados, también tienen competencias en ello los licenciados en psicología.

-Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como la [Escala de Depresión de Yesavage](#),³⁸ la [Escala de Depresión de Zung](#),³⁹ el [Inventario de Depresión de Beck](#),⁴⁰ el [Test de Depresión de Goldberg](#)⁴¹, el [Test de Depresión de Hamilton](#)⁴² y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).⁴³⁴⁴

La [Encuesta para la Pesquisa de Depresión, mediante Tres Preguntas Orales](#) (EPD-3PO) es un test neuropsicológico ultra breve (1-4 preguntas). Algún estudio ha evaluado incluso la eficacia de dos simples preguntas para un diagnóstico rápido de elevada [fiabilidad](#).⁴⁵

- El diagnóstico de los trastornos depresivos continua siendo clínico debido a la inconsistencia de marcadores biológicos, las escalas o test neuropsicológicos deben ser utilizados como métodos para optimizar la pesquisa o detección y como apoyo o guía en la entrevista clínicas, así como para la evaluación y el seguimiento objetivo de la evolución clínica de los pacientes⁴⁶. Los test varían según su propósito, su complejidad tanto para el profesional como para el paciente. Estos tipos de instrumentos de detección podrían ser clasificados como *estándares* (15 ítem o más; y/o 4min o más), *cortos* (5-14 ítem o más; y/o 2-4min) y *ultra cortos* (1-4 ítem o más; y/o menos 2min).⁴⁷ Los test ultra cortos han demostrado aceptable sensibilidad y especificidad en la detección de los trastornos depresivos. Actualmente el USPSTF ([US Preventive Services Task Force](#)) recomienda la detección de la depresión en la población general de adultos, incluidas las mujeres embarazadas y en el posparto. La detección debe implementarse con sistemas adecuados para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y un seguimiento adecuado.⁴⁸ -

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

Aunque se han propuestos test de una sola pregunta desarrollada por Harvey Max Chochinov y sus colaboradores en 1997⁴⁹, los test ultra breves, utilizan las preguntas de Whooley^{50,51}, que representan los dos ítems referidos al estado de ánimo y anhedonia del PHQ-9⁴⁷.

- Para los hispanohablantes, ha sido desarrollada la [Encuesta para la Pesquisa de Depresión, mediante Tres Preguntas Orales \(EPD-3PO\)](#)^{46,52}, por el [Dr González Cáceres, J.A](#)^{53 54}, que incluyó una pregunta para la detección de riesgo de suicidio, y debida a sus propiedades psicométricas, han sido recomendados para la identificación de la depresión en pacientes con factores de riesgo como cardiopatías⁵⁵, y en los adultos mayores⁵², incluidos los afectados por deterioro cognitivo⁵⁶. Además la [EPD-3PO](#) cuenta con una aplicación y se encuentra disponible en Google Play Store⁵⁷.

- Desde la [terapia de conducta](#), el objetivo del diagnóstico, está en realizar una evaluación individual, cuyos datos permitirán el diseño individual de tratamiento, y controlar dicho proceso.

- Los cuestionarios no serían usados para comparar distintos sujetos, o para comprobar si alcanza una determinada puntuación. Sino que permiten comparar la puntuación antes y después del tratamiento, como una medida de control, sobre las variables psicológicas en cuestión.

- 98.7)- Diagnóstico Diferencial.

- Algunos de los trastornos que cursan frecuentemente con síntomas depresivos o pueden confundirse con una depresión incluyen:

- Trastornos Endocrinos, tales como: el [hipotiroidismo](#), el [hipertiroidismo](#), la [hiperprolactinemia](#), el [síndrome premenstrual](#), la [menopausia](#), la [psicosis posparto](#), la [enfermedad de Addison](#), el [síndrome de Cushing](#), la [encefalitis de Hashimoto](#), el [hipopituitarismo](#) o el [hipogonadismo](#) masculino.³⁵
- Enfermedades Sistémicas, Inflammatorias e Infecciosas, tales como: la [enfermedad celíaca](#)^{35,58} y la [sensibilidad al gluten no celíaca](#) (ambas cursan con frecuencia [sin síntomas digestivos](#)),⁵⁸ el [lupus eritematoso sistémico](#), la [artritis reumatoide](#), la [psoriasis](#), el [síndrome antifosfolípidos](#), la [mononucleosis infecciosa](#), la [fiebre tifoidea](#), la [brucelosis](#), la [malaria](#), la [enfermedad de Lyme](#) o el [VIH/sida](#).^{35,58}
- Enfermedades Gastrointestinales, tales como: la [enfermedad inflamatoria intestinal](#) o la [enfermedad de Whipple](#).³⁵
- Trastornos Metabólicos, tales como: la [hiperglucemia](#).³⁵
- Trastornos Neurológicos, tales como: la [enfermedad de Alzheimer](#), la [demencia vascular](#), la [enfermedad de Huntington](#), la [enfermedad de Parkinson](#), la [esclerosis múltiple](#), la [enfermedad de Wilson](#), los [tumores cerebrales](#), los [accidentes vasculares cerebrales](#), las [enfermedades vasculares cerebrales crónicas](#) o la [hidrocefalia](#).³⁵
- Enfermedades Infecciosas del cerebro, tales como: la [meningitis](#), la [encefalitis](#) o la [neurosífilis](#).³⁵
- Fallo Hepático, como la [encefalopatía hepática](#).³⁵
- Fallo renal, como: la [uremia](#).³⁵
- Enfermedades Respiratorias, tales como: el [asma](#), el [trasplante de pulmón](#), la [enfermedad pulmonar obstructiva crónica](#) (EPOC) o la [hipoxemia](#).³⁵

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- Enfermedades Cardíacas, tales como: la [enfermedad de las arterias coronarias](#) o el [trasplante de corazón](#).³⁵
- Enfermedades Hematológicas, tales como: la [policitemia](#), la [leucemia](#) o la [anemia de células falciformes](#).³⁵
- Trastornos Electrolíticos o de fluidos, tales como: la [hipercalcemia](#) o la [hipomagnesemia](#).³⁵
- Estados Ccarenciales, por déficit de vitaminas: [B2](#), [B6](#), [B12](#) o [vitamina D](#), [ácido fólico](#) o [cinc](#), o el [síndrome de Wernicke-Korsakoff](#).³⁵

- 98.8)- Tratamiento.

- En primer lugar, es fundamental identificar y tratar una posible causa orgánica que simule, cause o potencie el cuadro depresivo, con lo que se consigue, en una buena parte de los casos, la completa recuperación del paciente o un considerable alivio de sus síntomas.³⁵³⁶³⁷

-Independientemente de que se llegue a un diagnóstico fino del tipo de trastorno depresivo, si la situación anímica supone una limitación en las actividades habituales del paciente, o una disminución de su capacidad funcional en cualquiera de sus esferas (social, laboral, etc.) se considera adecuada la instauración de un tratamiento. El fin del tratamiento es el de mejorar la situación anímica, así como restaurar un adecuado funcionamiento de las capacidades socio-laborales y mejorar, en general, la calidad de vida del paciente, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, y evitando en lo posible las recaídas.

-La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos [antidepresivos](#) y [psicoterapias](#), que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos.

-Los psiquiatras tienen competencias en recetar medicamentos. Los psicólogos y la persona específicamente formada en ello, mediante la especialización sanitaria en psicología clínica, tienen competencias en psicoterapia u otras formas de intervención psicoterapeuta desde la [modificación de conducta](#) y [terapia de conducta](#) (Véase [psiquiatría](#) y [psicología](#)).

- En ambos casos, dependiendo del diagnóstico del paciente (según el [modelo médico](#)) y de la gravedad de los síntomas : muy especialmente la [terapia de conducta](#)).

- 98.8.1)- Farmacológico.

:- [Antidepresivos](#)

-El tratamiento con antidepresivos es el único que ha demostrado una evidencia significativa de efectividad en depresiones mayores (graves) y en depresiones psicóticas (solos o en combinación con psicoterapia. Recuérdese que "grave" refiere a un diagnóstico clínico, no al uso coloquial del término).⁵⁹ Para el resto de depresiones, la psicoterapia se ha mostrado más eficaz que el tratamiento farmacológico.³

-No se han evidenciado diferencias entre la eficacia de los diferentes tipos de antidepresivos, cuyas principales diferencias estriban más en el tipo de efectos secundarios que pueden provocar. En general, los pacientes presentan mejor tolerancia a los modernos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina que los clásicos antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos.⁶⁰ .

-La decisión de emplear uno u otro se basa en criterios como la buena respuesta a un fármaco determinado en episodios previos o en familiares de primer grado, la tolerancia a los posibles efectos secundarios, las interacciones posibles con el tratamiento habitual del

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

paciente, el precio o la existencia de alguna contraindicación relativa, por la presencia de otra enfermedad.

-Hay que tener en cuenta que el efecto antidepresivo tarda unas dos semanas en aparecer, aumentando progresivamente hasta su pico de máxima eficacia en torno a los dos meses. Aún no es conocido del todo porqué tarda este periodo.

-Los principales grupos de fármacos antidepresivos son los [antidepresivos tricíclicos](#), los [inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina](#) (ISRS) y los [inhibidores de la enzima monoamino-oxidasa](#) (IMAO), aunque se están incorporando nuevos grupos como los inhibidores selectivos de la recaptación de [serotonina](#) y [noradrenalina](#) (como la [venlafaxina](#)), los [inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina](#) ([reboxetina](#)) y los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y agonistas parcial del receptor 5HT1A ([Vilazodona](#)). En mayor o menor grado, todos ellos pueden presentar algunos efectos secundarios, principalmente sequedad de boca, estreñimiento, mareos, náuseas, insomnio o cefalea, siendo los de las últimas generaciones los mejor tolerados.

-El tratamiento con antidepresivos debe mantenerse durante seis a doce meses, para evitar el riesgo de recaídas, aunque el efecto completo puede conseguirse al mes del inicio del tratamiento. Hay que tener en cuenta que la causa más frecuente de respuesta terapéutica débil es un mal cumplimiento del tratamiento indicado (abandonos, olvidos, etc.). Alrededor del 25 por ciento de los pacientes abandonan el tratamiento en el primer mes, un 44 por ciento en el primer trimestre, y un 60 por ciento de los pacientes dentro de los seis meses iniciales.,⁶¹⁶² .

- Recientemente se han publicado resultados que hacen pensar que la fluoxetina (Prozac) no es en realidad un medicamento tan efectivo contra la depresión como se había anunciado y creído (debido a lo que parece haber sido una manipulación comercial de los datos científicos presentados inicialmente).⁶³⁶⁴ .

- 98.8.2)- Psicoterapia.

- Muchas formas de [psicoterapia](#), incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estos diálogos se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra. Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia "de comportamiento" procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión como causa y consecuencia (mantenedores)⁶⁵

-La última revisión sistemática sobre el tema, de Hollon y Ponniah , 2010, indica que existen tres psicoterapias que han demostrado ser eficaces y específicas para el tratamiento de la depresión, que son la psicoterapia interpersonal, la psicoterapia cognitiva, y la psicoterapia conductual. Otras formas de psicoterapia como la psicoterapia dinámica breve y la focalizada en la emoción, se consideran posiblemente eficaces, aunque necesitan más estudio.

-El tratamiento de depresión mediante la psicoterapia asistida por [psilocibina](#) está siendo examinado.⁶⁶⁶⁷ En 2018 la [Food and Drug Administration](#) (FDA) designó como *Breakthrough Therapy* a esta terapia con [psilocibina](#) para depresiones resistentes a los tratamientos.⁶⁸ .

-En los cuadros depresivos severos, para obtener mejores resultados (en especial los que son recurrentes) por lo general se requieren medicamentos, y ocasionalmente se indica [terapia](#)

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

[electroconvulsiva \(TEC\)](#) en condiciones especiales, al lado de una psicoterapia, o antes de ella. No obstante, la terapia electroconvulsiva es cada vez menos practicada en el mundo.

- 98.8.2.1)- Psicoterapia Interpersonal.

- La [psicoterapia interpersonal](#) parte de la idea de que la depresión está provocada por muchas causas pero que se da en un contexto interpersonal, y entender ese contexto es básico para poder recuperarse de la depresión y evitar recaídas futuras.

-Este tratamiento se hace en 16 sesiones de 1 hora, que comprenden tres fases. En la primera fase (1ª-3ª), el terapeuta explica en qué consiste la depresión y estudia con el paciente el entorno y el momento en que apareció. En la segunda fase (4ª-12ª), se establece un tema de conversación (o área problema) que está relacionada con el inicio o el mantenimiento de la depresión. Hay 4 temas: la no superación de la muerte de un ser querido (duelo complicado), el conflicto con un ser querido (disputa de rol), el bloqueo para adaptarse a un cambio vital (transición de rol) o la carencia de relaciones con los demás (déficit interpersonal). Durante esta fase se dialoga con el terapeuta para llegar a superar la pérdida del ser querido, resolver el conflicto, adaptarse al cambio o mejorar las relaciones con los demás. En la tercera fase (13ª-16ª), se revisan los logros y se despiden terapeuta y paciente.

- 98.8.2.2)- Terapia Cognitiva.

- La terapia cognitiva parte de la idea de que la depresión se produce por una alteración en la forma de pensar, que a su vez afecta a la forma de sentir y de comportarse. El terapeuta ayuda al paciente a analizar los errores que hay en su pensamiento (lo que se llaman distorsiones cognitivas) para que el paciente piense de una forma más realista, que le ayude a sentirse mejor y a tomar decisiones para resolver sus problemas. El terapeuta suele mandar tareas para casa y experimentos para que el paciente ponga a prueba su forma de pensar.

- 98.8.2.3)- Terapia Conductual.

- Bajo el término de terapia conductual, se incluyen distintas formas de tratamiento que tienen en común el análisis de la conducta del paciente. Se le ayuda al paciente a programar actividades gratificantes y a organizar su tiempo. También se le ayuda a ser más asertivo y más sociable, utilizando para ello el juego de rol y ayudándole a exponerse a situaciones sociales que suele evitar por miedos diversos.

- 98.8.2.4)- Psicoterapias Psicodinámicas Breves.

- La psicoterapia psicoanalítica elabora estrategias de afloramiento del yo intrapsíquico, oculto en el inconsciente del paciente, y origen de la sintomatología. El trastorno depresivo se expresaría como resultado de la pugna entre los [mecanismos de defensa](#) del paciente y sus [impulsos](#). Las técnicas de psicoterapia psicodinámica breve pretenden investigar y alumbrar esos conflictos para su resolución en la esfera consciente, a través de un número limitado de sesiones.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- 98.8.2.5)- Acompañamiento Terapéutico y Casas de Medio Camino.

-Una instancia preventiva para la internación, sobre todo para aquellas personas que viven solas o no cuentan con un círculo social y/o familiar de apoyo para su condición, son los acompañamientos terapéuticos y casas de medio camino. A través de estos dispositivos, los pacientes logran estar incorporados a un ambiente limpio, seguro y con un apoyo profesional que puede prevenir la internación psiquiátrica. Por otro lado, sirve de soporte para aquellos que han pasado por una y que aún no están en condiciones de volver a sus hogares. Más allá de este tipo de espacios, que deben ser adecuados, es importante que el paciente reciba un tratamiento interdisciplinario y personalizado.

- 98.8.3)- Medidas Coadyuvantes.

- Diferentes estudios apuntan a que realizar [ejercicio físico](#), puede reducir hasta un 50% los síntomas, si se practica al menos tres días a la semana, descenso comparable a la proporcionada por la terapia cognitivo-conductual o los fármacos antidepresivos. Según un estudio del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos puede elevar hasta un 15% la eficacia de los medicamentos, facilitando una respuesta terapéutica más rápida de los antidepresivos en pacientes con trastornos importantes. Tras 16 semanas de tratamiento, el ejercicio acababa siendo tan imprescindible como los propios medicamentos.⁶⁹ No obstante la desmotivación generalizada asociada a la depresión podría dificultar en estas personas la puesta en marcha de programas de ejercicio físico.⁷⁰ .

- 98.9)- Pronóstico.

- La falta de respuesta a los tratamientos antidepresivos se asocia con niveles persistentemente elevados de marcadores inflamatorios y puede explicarse por la existencia de procesos inflamatorios crónicos, la aparición de trastornos [autoinmunes](#), o daño crónico por un aumento del [estrés oxidativo](#).² .

-No obstante, la mayoría de las causas conocidas de [inflamación](#), mencionadas en el apartado [Etiología \(Factores ambientales\)](#), pueden ser tratadas y prevenidas. Su identificación abre la posibilidad de influir sobre la neuroprogresión de la depresión.² .

- 98.10)- Profilaxis.

- Evaluar y tratar las [fuentes de inflamación provocadas por factores ambientales](#), ayuda a prevenir el riesgo de desarrollar depresión. La mayoría de ellas, aunque no todas, puede desempeñar un papel en otros problemas psiquiátricos, tales como: el [autismo](#), la [esquizofrenia](#), la [conducta bipolar](#), y el [trastorno por estrés postraumático](#).²

- 98.11)- Véase también.

- [Depresión resistente al tratamiento](#);
- [Depresión en animales](#);
- [Depresión reactiva](#);
- [Historia de la depresión](#);
- [Historia de la medicina](#);
- [Historia de la psiquiatría](#);

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [Insight](#);
- [Depresión posparto](#);
- [Posición depresiva](#);

- 98.12)- Bibliografía.

- Kramer, Peter D. (2006). *Contra la depresión*. Barcelona: Seix Barral.
- Jackson, Stanley W. (1986). *Historia de la melancolía y la depresión*. Madrid: Turner.
- Ayudo Gutiérrez, J. L. (1980). Trastornos afectivos. En J. L. Rivera y otros (1980), *Manual de psiquiatría*. Madrid: Karpos.
- Cabaleiro, A., Fernández Mugetti, G. y Sáenz, M.: *Depresión y subjetividad: Tesis*. (Consultado en [\[2\]](#).)
- Vara Horna, Aristides A. (2006). *Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica*. Asociación por la Defensa de las Minorías: Lima. (Consultado en [\[3\]](#).)
- Hollon, S. & Ponniah, K. (2010). *A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults*. Depression and Anxiety.
- Weissman, M., Markowitz, J. & Klerman, G. (2000). *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. Basic Books
- García Sánchez, J. & Palazón Rodríguez, P. (2010). "Afronta tu depresión con psicoterapia interpersonal". Desclée de Brouwer (en prensa).
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Gedisa Editora.
- Burns, D. (1980). *Sentirse bien*. Ediciones Paidós.
- Martell, C. et al. (2010). *Behavioral activation for depression*. The Guilford Press.
- VER: Los 139 LIBROS Publicados del Prof. Dr. Enrique Barmaimon: -  [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- EN: -LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10; Pag.52- 69.8)-

- 98.13)- Referencias.

1. ↑ [Saltar a:](#) [a](#) [b](#) [c](#) [d](#) [e](#) [f](#) [g](#) [h](#) [i](#) [j](#) [k](#) [l](#) [m](#) [n](#) [ñ](#) [o](#) [p](#) [q](#) [r](#) Karakuła-Juchnowicz, H; Szachta, P; Opolska, A; Moryłowska-Topolska, J; Gałęcka, M; Juchnowicz, D; Krukow; et al. (2014 Sep 30). «[The role of IgG hypersensitivity in the pathogenesis and therapy of depressive disorders](#)». *Nutr Neurosci*. PMID 25268936. doi:10.1179/1476830514Y.0000000158. Parámetro desconocido |= ignorado ([ayuda](#)) ([enlace roto](#) disponible en [Internet Archive](#); véase el [historial](#) y la [última versión](#)).
2. ↑ [Saltar a:](#) [a](#) [b](#) [c](#) [d](#) [e](#) [f](#) [g](#) [h](#) [i](#) [j](#) [k](#) [l](#) [m](#) [n](#) [ñ](#) [o](#) [p](#) [q](#) [r](#) [s](#) [t](#) [u](#) [v](#) [w](#) [x](#) [y](#) [z](#) [aa](#) [ab](#) [ac](#) [ad](#) [ae](#) [af](#) [ag](#) [ah](#) [ai](#) [aj](#) [ak](#) [al](#) [am](#) [an](#) [ao](#) [ap](#) Berk M, Williams LJ, Jacka FN, O'Neil A, Pasco JA, Moylan S, Allen NB, Stuart AL, Hayley AC, Byrne ML, Maes M (2013 Sep 12). «[So depression is an inflammatory disease, but where does the inflammation come from?](#)». *BMC Med* 11: 200. PMID 24228900. doi:10.1186/1741-7015-11-200.
3. ↑ [Saltar a:](#) [a](#) [b](#) El grano y la Criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13 (3), 523-529 ([enlace roto](#) disponible en [Internet Archive](#); véase el [historial](#) y la [última versión](#)).

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

4. [↑](#) Albrecht, T.A. (2007). *100 preguntas y respuesta sobre la depresión*. Madrid. Editorial EDAF, S.L.
5. [↑](#) Alberdi, J; Taboada, O; Castro, C; Vázquez, C (2006). «[Depresión](#)». *Guías Clínicas* 6 (11): 1-6.
6. [↑](#) Jackson, Stanley W., *Historia de la melancolía y la depresión*.
7. [↑](#) Weissman, M. M., Myers, J. K. (1978). Affective disorders in an US urban community. *Arch. Gen. Psychiat.*, 35:1304-1311.
8. [↑](#) «[Más de 350 millones de personas sufren depresión en el mundo](#)».
9. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b Por ejemplo, ¿es la depresión realmente menos común entre los hombres, o realmente se trata de que los hombres reconocen y obtienen ayuda para la depresión con menos frecuencia? El National Institute of Mental Health (NIMH por sus siglas en inglés) condujo grupos de opinión para investigar de qué manera los hombres reconocen su propia depresión. En estos grupos los hombres describieron sus propios síntomas de depresión sin darse cuenta de que estaban deprimidos. Particularmente, muchos de ellos no tenían conocimiento de que los síntomas “físicos”, tales como dolores de cabeza, trastornos digestivos y dolores crónicos, pueden estar asociados con la depresión. Además, ellos tenían aprehensión de acudir a un profesional de la salud mental o ir a una clínica de la salud mental por temor a que otros se enteren. Si otros se enteraran, esto podría poner en peligro su trabajo, oportunidades de promoción o beneficios de seguro médico. Temían que al ser identificados con un diagnóstico de enfermedad mental perderían el respeto de sus familiares y amigos o su posición en la comunidad.[\[1\]](#)
 - [Archivado](#) el 12 de diciembre de 2013 en la [Wayback Machine](#).
10. [↑](#) Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A. y Swartz, M. S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *Am. J. Psychiat.*, 151:979-986.
11. [↑](#) Karkowski, L. M. y [Kendler, K. S.](#) (1997). An examination of the genetic relationship between bipolar and unipolar illness in an epidemiological sample. *Psychiatr Genet.*, 7(4):159-163.
12. [↑](#) Barondes, S. H. (1998). *Mood Genes: Hunting for the Origins of Mania and Depression*. New York: W. H. Freedman & Co.
13. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b ^c ^d ^e Rao, U (2013 Sep). «[Biomarkers in pediatric depression](#)». *Depress Anxiety* 30 (9): 787-91. [PMC 3789128](#). [PMID 24002798](#). [doi:10.1002/da.22171](#).
14. [↑](#) [Douglas A. Mata](#), [Marco A. Ramos](#), [Narinder Bansal](#), [Rida Khan](#), [Constance Guille](#), [Emanuele Di Angelantonio](#) & [Srijan Sen](#) (2015). «Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis». *JAMA* 314 (22): 2373-2383. [PMID 26647259](#). [doi:10.1001/jama.2015.15845](#).
15. [↑](#) Madeeh Hashmi, A; Awais Aftab, M; Mazhar, N; Umair, M; Butt, Z (2013 May). «[The fiery landscape of depression: A review of the inflammatory hypothesis](#)». *Pak J Med Sci* 29 (3): 877-84. [PMC 3809277](#). [PMID 24353650](#).
16. [↑](#) Freire, C; Koifman, S (2013 Jul). «[Pesticides, depression and suicide: a systematic review of the epidemiological evidence](#)». *Int J Hyg Environ Health* 216 (4): 445-60. [PMID 23422404](#). [doi:10.1016/j.ijheh.2012.12.003](#).
17. [↑](#) Pérez-Crespo, F (2011). «[Avances en cronobiología y ritmos circadianos](#)». *Psicogeriatría ; 3 (3): 101-150* 3 (3): 115-7.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

18. [↑](#) NICE Guía de Clínica Práctica, 2008
19. [↑](#) American Psychiatry Association (1994). DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 3a. ed. Washington: APA.
20. [↑](#) Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Consenso en el tratamiento de las depresiones (2005). [ISBN 84-9751-134-4](#). Capítulo 1. Páginas 2-3.
21. [↑](#) Blehar, M. D. y Oren, D. A. (1997). Gender differences in depression. *Medscape Women's Health*, 2:3. Revisado de: Women's increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*, 1995; 3:3-12.
22. [↑](#) Whooley, M. A. y Browner, W. S. (1998). Association between depressive symptoms and mortality in older women. *Arch Intern Med*, 158:2.129-2.135.
23. [↑](#) Estrogen replacement and response to fluoxetine in a multi-center geriatric depression trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 1997.
24. [↑](#) Rubinow, D. R., Schmidt, P. J. y Roca, C. A. (1998). Estrogen-serotonin interactions: Implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*, 44(9), 839-850.
25. [↑](#) Schmidt, P. J., Neiman, L. K., Danaceau, M. A., Adams, L. F. y Rubinow, D. R. (1998). Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 338:209-216.
26. [↑](#) Agency for Health Care Research and Quality: Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes.
27. [↑](#) Whooley, M. A., Browner, W. S. (1998). Association between depressive symptoms and mortality in older women. *Arch Intern Med*, 158:2.129-2.135.
28. [↑](#) Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L. et al. (1999). Towards a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*, 156:181-189.
29. [↑](#) García-Resa, E., Braquehais, D., Blasco, H., Ramírez, A., Jiménez, L., Díaz-Sastre, C., Baca García, E. y Saiz, J. (19??). Aspectos sociodemográficos de los intentos de suicidio. *Actas Esp Psiquiatr*
30. [↑](#) Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D. y cols. (1996). Attempted suicide in Europe: Rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 93:327-338.
31. [↑](#) Ferketic, A. K., Schwartzbaum, J. A., Frid, D. J. y Moeschberger, M. L. (2000). Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. National Health and Nutrition Examination Survey. *Archives of Internal Medicine*, 160(9), 1261-1268.
32. [↑](#) Lebowitz, B. D., Pearson, J. L., Schneider, L. S., Reynolds, C. F., Alexopoulos, G. S., Bruce, M. I., Conwell, Y., Katz, I. R., Meyers, B. S., Morrison, M. F., Mossey, J., Niederehe, G. y Parmelee, P. (1997). Diagnosis and treatment of depression in late life: Consensus statement update. *Journal of the American Medical Association*, 278:1186-1190.
33. [↑](#) Kashani, J. H. y Sherman, D. D. (1981). Childhood depression: Epidemiology, etiological models, and treatment implications. *Integrat. Psychiat.*, 6:1-8.
34. [↑](#) *Pedagogía y Psicología Infantil. El Lactante*. Cultural, S.A. 2002.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

35. ↑ [Saltar a: ^a ^b ^c ^d ^e ^f ^g ^h ⁱ ^j ^k ^l ^m ⁿ ^ñ ^o](#) Testa A, Giannuzzi R, Sollazzo F, Petrongolo L, Bernardini L, Daini S (febrero de 2013). [«Psychiatric emergencies \(part III\): psychiatric symptoms resulting from organic diseases»](#). *Eur Rev Med Pharmacol Sci* (Revisión). 17 Suppl 1: 86-99. [PMID 23436670](#).
36. ↑ [Saltar a: ^a ^b](#) Jose Ángel Alda Díez, Sabel Gabaldón Fraile (2006). Elsevier, Mason, ed. *Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente. Capítulo 14. Trastornos psiquiátricos debidos a patología orgánica. (pp.201-215)*. Barcelona. [ISBN 84-458-1678-0](#).
37. ↑ [Saltar a: ^a ^b](#) Testa A, Giannuzzi R, Sollazzo F, Petrongolo L, Bernardini L, Daini S (febrero de 2013). [«Psychiatric emergencies \(part II\): psychiatric disorders coexisting with organic diseases»](#). *Eur Rev Med Pharmacol Sci* (Revisión). 17 Suppl 1: 65-85. [PMID 23436669](#).
38. ↑ [Test de Depresión de Yesavage](#)
39. ↑ [Escala de Depresión de Zung](#)
40. ↑ [Inventario de Depresión de Beck](#)
41. ↑ [Test de Goldberg](#)
42. ↑ [Test de depresión de Hamilton](#)
43. ↑ Radloff, Lenore Sawyer (1977-06). [«The CES-D Scale»](#). *Applied Psychological Measurement* (en inglés) 1 (3): 385-401. [ISSN 0146-6216](#). [doi:10.1177/014662167700100306](#)..
44. ↑ Ruiz-Grosso, Paulo; Loret de Mola, Christian; Vega-Dienstmaier, Johann M.; Arevalo, Jorge M.; Chavez, Kristhy; Vilela, Ana; Lazo, Maria; Huapaya, Julio (8 de octubre de 2012). [«Validation of the Spanish Center for Epidemiological Studies Depression and Zung Self-Rating Depression Scales: A Comparative Validation Study»](#). *PLoS ONE* (en inglés) 7 (10): e45413. [ISSN 1932-6203](#). [PMC PMC3466285](#) |pmc= incorrecto ([ayuda](#)). [PMID 23056202](#). [doi:10.1371/journal.pone.0045413](#).
45. ↑ Arroll, B., Khin, N., y Kerse, N. (2003). Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: Cross sectional study. *British Medical Journal*, 327:1144-1146.
46. ↑ [Saltar a: ^a ^b](#) González Cáceres, José Alberto (19 de junio de 2009). [Pesquisa de depresión en atención primaria mediante tres preguntas orales..](#)
47. ↑ [Saltar a: ^a ^b](#) [«Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer»](#). *revistas.ucm.es*.
48. ↑ [«Final Update Summary: Depression in Adults: Screening - US Preventive Services Task Force»](#). [www.uspreventiveservicestaskforce.org](#).
49. ↑ [«"Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill»](#). *American Journal of Psychiatry* 154 (5): 674-676. 1997-05. [ISSN 0002-953X](#). [doi:10.1176/ajp.154.5.674](#).
50. ↑ Whooley, Mary A.; Avins, Andrew L.; Miranda, Jeanne; Browner, Warren S. (1997-07). [«Case-finding instruments for depression»](#). *Journal of General Internal Medicine* 12 (7): 439-445. [ISSN 0884-8734](#). [doi:10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x](#)..
51. ↑ Kitamura, T.; Sugawara, M.; Shima, S.; Toda, M. A (1999-01). [«Temporal variation of validity of self-rating questionnaires: Improved validity of repeated use of Zung's Self-Rating Depression Scale among women during the perinatal period»](#). *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 20 (2): 112-117. [ISSN 0167-482X](#). [doi:10.3109/01674829909075584](#).

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

52. ↑ [Saltar a:](#) ^{a b} González Cáceres, José Alberto; Alberto. Juvier Riesgo, José; Juvier Riesgo, Tamara (1 de enero de 2010). [«Validación de la Encuesta para la Pesquisa de Depresión, mediante Tres Preguntas Orales \(EPD-3PO\), en la detección de depresión en pacientes ancianos.»](#). *PSICOLOGIA. REVISTA INTERNACIONAL ONLINE - ISSN 1137-8492* 14.
53. ↑ Dr, José Alberto González Cáceres Instituto de Neurología y Neurocirugía | INEURO · Neurología 11 94 · [«José Alberto González Cáceres | Dr. \(MD\), M.Sc., Neurologist, PhD candidate | Instituto de Neurología y Neurocirugía, Havana | INEURO | Neurología»](#). *ResearchGate* (en inglés).
54. ↑ [«José Alberto González Cáceres - Citas de Google Académico»](#). *scholar.google.es*.
55. ↑ [«Utilidad de una encuesta rápida para pesquisa de depresión \(EPD.3PO\) en una cohorte de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica»](#). *ResearchGate* (en inglés).
56. ↑ Valdés King, Mónica; González Cáceres, José Alberto (4 de febrero de 2018). [«Prevalence of depression and risk factors associated to cognitive impairment in elderly»](#). *Revista Cubana de Medicina General Integral* 33.
57. ↑ [«Test de Depresión «EPD-3PO» - Apps on Google Play»](#). *play.google.com* (en inglés)..
58. ↑ [Saltar a:](#) ^{a b c} Jackson JR, Eaton WW, Cascella NG, Fasano A, Kelly DL (Mar 2012). [«Neurologic and psychiatric manifestations of celiac disease and gluten sensitivity»](#). *Psychiatr Q* 83 (1): 91-102. [PMC 3641836](#). [PMID 21877216](#). [doi:10.1007/s11126-011-9186-y](#).
59. ↑ Bueno, J. A., Gascón, J. y Humbert, M. S. Tratamiento farmacológico de los trastornos afectivos: I. En: E. González Monclús (Ed.), *Psicofarmacología aplicada*. 1993. Barcelona: Organón Española.
60. ↑ Álamo, C., Santos, C. y García-Bonilla, J. M. (1988). Nuevos antidepressivos. *Farmacología del SNC*, 2:2.
61. ↑ Soler Insa, P. A. y Gascón, J. (1999), Coord. *RTM-II (Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales)*. 2a. ed. Barcelona: Masson.
62. ↑ [National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression. Diciembre 2004. London: NICE](#)
63. ↑ [Inútiles, el Prozac y otras “píldoras de la felicidad” - La Jornada](#)
64. ↑ [Desde hace un lustro especialistas mexicanos desconfían del Prozac - La Jornada](#)
65. ↑ James P. Jr. McCullough (2003, Aug 27). *Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. Guilford Press. [ISBN 1-57230-965-2](#).
66. ↑ Carhart-Harris, Robin L; Roseman, Leor; Bolstridge, Mark; Demetriou, Lysia; Pannekoek, J Nienke; Wall, Matthew B; Tanner, Mark; Kaelen, Mendel *et al.* (13 de octubre de 2017). [«Psilocybin for treatment-resistant depression: fMRI-measured brain mechanisms»](#). *Scientific Reports* (en inglés) 7 (1). [ISSN 2045-2322](#). [doi:10.1038/s41598-017-13282-7](#).
67. ↑ [«FDA approves magic mushrooms depression drug trial»](#). *Newsweek* (en inglés). 23 de agosto de 2018.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

68. [↑ «COMPASS Pathways Receives FDA Breakthrough Therapy Designation for Psilocybin Therapy for Treatment-resistant Depression – COMPASS»](#) (en inglés estadounidense).
69. [↑ «Depresión y ejercicio. Reduce los síntomas incluso a la mitad»](#). Archivado desde [el original](#) el 18 de mayo de 2014.
70. [↑ «Olvida las pastillas: cambios del estilo de vida que pueden aliviar enfermedades comunes»](#).

- 98.14)- Enlaces Externos.

-  [Wikimedia Commons](#) alberga una categoría multimedia sobre [Depresión](#).
- [Depresión NIMH](#) Información sobre depresión de NIMH en español

[Control de autoridades](#)

- [Proyectos Wikimedia](#)
-  Datos: [Q4340209](#)
-  Multimedia: [Depression](#)

- **Identificadores**
- **GND:** [4011474-0](#)
- **Identificadores médicos**
- **DOID:** [DOID:1596](#)
- **CIE-10:** [F32.9](#)
- **CIAP-2:** [P76](#)
- **MeSH:** [D003863](#)

-  Datos: [Q4340209](#)
-  Multimedia: [Depression](#)

``

-Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Depresión&oldid=119099689>»

-[Categoría](#):

- [Trastornos del estado de ánimo](#);
- Esta página se editó por última vez el 21octubre 2019, a las 07:06.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

0 0 0 0 0 0 0 0.

- CAPÍTULO IC: -99)- TIPOS DE DISCAPACIDAD.-

-De Wikipedia, la enciclopedia libre

-Existen los siguientes tipos de [discapacidad](#): física, psicosocial, cognitiva y sensorial.

-Cada uno de los tipos puede manifestarse en distintos grados ,y una persona puede tener varios tipos de discapacidades simultáneamente, con lo que existe un amplio abanico de personas con discapacidad, como el [Síndrome de Down](#)

-ÍNDICE.-

- CAPÍTULO IC: -99)- TIPOS DE DISCAPACIDAD.-

- [99.1\)- Discapacidad Física o Motora.](#)

- [99.1.1\)- Criterios de Identificación.](#)

- [99.2\)- Discapacidad Sensorial.](#)

- [99.2.1\)- Discapacidad Auditiva.](#)

- [99.2.2\)- Discapacidad Visual.](#)

- [99.2.3\)- Criterios de Identificación.](#)

- [99.2.4\)- Causas.](#)

- [99.3\)- Discapacidad Psíquica.](#)

- [99.3.1\)- Criterios de Identificación.](#)

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- [99.4\)- Discapacidad Intelectual o Mental.](#)
- [99.4.1\)- Definición de la A.A.R.M. \(2002\).](#)
- [99.4.2\)- Causas.](#)
- [99.5\)- Véase También.](#)
- [99.6\)- Referencias.](#)
- 99.7)- Bibliografía.
- 99.8)- Enlaces Externos.

- 99.1)- Discapacidad Física o Motora.

:- [Deficiencia motriz](#) y [Diversidad funcional motora](#).

-La diversidad funcional motora se puede definir como la disminución o ausencia de las funciones motoras o físicas (ausencia o alteración del movimiento; de una mano, brazo, pierna, pie; la totalidad o parcialidad de estos), disminuyendo el desenvolvimiento normal diario.¹

- 99.1.1)- Criterios de Identificación.

- Las causas de la discapacidad física muchas veces están relacionadas con problemas durante la gestación, a la condición de prematuro del bebé, o a dificultades en el momento del nacimiento.

- También pueden ser causadas por traumatismos, como consecuencia de accidentes o problemas del organismo : derrame, por ejemplo.¹ .

- 99.2)- Discapacidad Sensorial.

- La discapacidad sensorial corresponde a las personas con deficiencias visuales y auditivas. - Existen [baremos](#), para marcar distintos grados de discapacidad sensorial, por ejemplo en el caso de la discapacidad auditiva : [hipoacusia](#), tenemos:

- Audición normal, para percibir sonidos mínimos. de entre 10-15 [dB](#).
- Audición límite 16-25 [dB](#).
- Pérdida superficial 26-40 [dB](#).
- Pérdida moderada 41-55 [dB](#).
- Pérdida moderada a severa 56-70 [dB](#).
- Pérdida severa 71-90 [dB](#).
- 90 o más pérdida profunda.

- 99.2.1)- Discapacidad Auditiva.

:- [Sordera](#) y [Discapacidad auditiva](#).

- 99.2.2)- Discapacidad Visual.

:- [Ceguera](#).

:- [Baja visión](#).

- 99.2.3)- Criterios de Identificación.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- Son patologías muy importantes de considerar, dado que conllevan graves efectos psicosociales. Producen problemas de comunicación del paciente con su entorno, lo que lleva a una desconexión del medio, y poca participación en eventos sociales.
- También son importantes factores de riesgo, para producir o agravar cuadros de depresión.
- Un diagnóstico y tratamiento precoz, son esenciales para evitar estas frecuentes complicaciones.².

-99.2.4)- Causas.

- La deficiencia auditiva : [hipoacusia](#), puede ser adquirida cuando existe una predisposición [genética](#) : por ejemplo, la [otosclerosis](#)), cuando ocurre [meningitis](#), ingestión de medicinas [ototóxicas](#) , que ocasionan daños a los nervios relacionados a la [audición](#), exposición a sonidos impactantes o virosis.
- Otra causa de deficiencia congénita, es la contaminación de la gestant, a través de ciertas enfermedades, como: [rubéola](#), [sarampión](#), [sífilis](#), [citomegalovirus](#) y [toxoplasmosis](#), además de la ingestión de medicamentos, que dañan el nervio auditivo, durante el embarazo, problemas de [incompatibilidad sanguínea](#), o de infección bacterial, [meningitis](#), [fiebre tifoidea](#), [difteria](#)

-La pérdida de la visión, puede ocurrir debido a: herimientos, traumatismos, perforaciones o vaciamiento en los ojos. Durante la gestación, enfermedades como: rubéola, toxoplasmosis y sífilis, además del uso de sustancias tóxicas, que pueden ocasionar esta discapacidad en el niño.¹.

- 99.3)- Discapacidad Psíquica.

:- [Discapacidad psíquica](#).-

-Se considera que una persona tiene discapacidad psíquica, cuando presenta: "una alteración en el desarrollo del ser humano, caracterizada por limitaciones significativas, tanto en el funcionamiento intelectual, como en las conductas adaptativas, y genera anomalías en el proceso de aprendizaje, entendidas como la adquisición lenta e incompleta de las habilidades cognitivas, durante el desarrollo humano, que conduce finalmente a limitaciones sustanciales en el desarrollo corriente.

- Se caracteriza por un funcionamiento intelectual muy variable, que tiene lugar junto a circunstancias asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio, y trabajo".³

- 99.3.1)- Criterios de Identificación.

- La discapacidad psíquica puede ser provocada por diversos trastornos mentales, como; la depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno bipolar; los trastornos de [pánico](#), el trastorno [esquizomorfo](#), y el síndrome orgánico.³.

- 99.4)- Discapacidad Intelectual o Mental.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

-: Discapacidad intelectual.

-El término Discapacidad Intelectual no ha sido definido como tal. En la actualidad el concepto más empleado es el que propone la AAMR (American Association on Mental Retardation), en 1992: "*Limitaciones sustanciales en el funcionamiento intelectual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos ó más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental se ha de manifestar antes de los 18 años de edad.*".

-El funcionamiento intelectual hace referencia a un nivel de inteligencia inferior a la media. - La concepción de inteligencia, que se maneja a este respecto, es la propuesta por Gardner, quien habla de la existencia ,más que de una capacidad general, de una estructura múltiple con sistemas cerebrales semiautónomos, pero que, a su vez, pueden interactuar entre sí.

-En cuanto al uso de un cociente de inteligencia, de uso común, para que se pueda hablar de discapacidad intelectual, debe estar por debajo de 70, y producir problemas adaptativos.

- Las habilidades adaptativas hacen referencia a la eficacia de las personas, para adaptarse y satisfacer las exigencias de su medio. Estas habilidades deben ser relevantes para la edad de que se trate, de tal modo, que su ausencia suponga un obstáculo. Lo más habitual es que una discapacidad intelectual significativa, se detecte en edades tempranas.¹ .

- 99.4.1)- Definición de la A.A.R.M. (2002).

- La Asociación Americana de Retraso Mental, propone una definición que intenta salvar la dificultad de evaluación de las habilidades adaptativas, e incorpora nuevas precisiones.

- Aunque continua refiriéndose a la discapacidad intelectual como retraso mental, el camino del cambio conceptual, ha llevado a la AAMR, a modificar su propio nombre: AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities), por lo que se espera que en la próxima edición, se erradique de una vez el término *retraso mental*.⁴ : "*Retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años*" (Luckasson y cols., 2002, p. 8).

-La conducta adaptativa no es sólo otro término, implica el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas, aprendidas por la persona, para funcionar en su vida diaria. No basta un funcionamiento intelectual significativamente bajo: también ha de sustentarse una conducta adaptativa ,significativamente baja. Para tal fin, existen instrumentos estandarizados, como: ICAP, CALS y ALSC.

- 99.4.2)- Causas.

- Factores genéticos, en el caso del síndrome de Down, trisomía del cromosoma 2123
- Errores congénitos del metabolismo, como la fenilcetonuria.
- Alteraciones del desarrollo embrionario, en las que se incluyen las lesiones prenatales.
- Problemas perinatales, relacionados con el momento del parto.
- Enfermedades infantiles, que pueden ir desde una infección grave a un traumatismo.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- Graves déficits ambientales, en los que no existen condiciones adecuadas para el desarrollo cognitivo, personal y social.
- Accidentes de tráfico.
- Accidentes laborales.

- 99.5)- Véase También.

- [Wikiproyecto: Discapacidad](#)

- 99.6)- Referencias.

1. [↑ Saltar a: ^a ^b ^c ^d Telecentro para todos](#)
2. [↑ \[1\] Geriatría de Escuela de Medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile](#)
3. [↑ Saltar a: ^a ^b Libre opinión](#)
4. [↑ Análisis de la definición.](#) Univ. de Salamanca

- 99.7)- Bibliografía.

- VER: Los 139 LIBROS Publicados del Prof. Dr. Enrique Barmaimon: -  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)- [-www.bvssmu.org.uy](http://www.bvssmu.org.uy) [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra.
- EN: -LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10; Pag.52- 69.8)-

- 99.8)- Enlaces Externos.

[Control de autoridades](#)

- [Proyectos Wikimedia](#)
-  Datos: [Q6147255](#)

-  Datos:[Q6147255](#)

``

-Obtenido de

«<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Tipos de discapacidad&oldid=118687562>»

-Categoría:

- [Tipos de discapacidad](#)

Esta página se editó por última vez el 21 octubre 2019, a las 09:09.

0 0 0 0 0 0 0 0.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- CAPÍTULO C: - 100)- INMUNODEFICIENCIAS.-
-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-INMUNODEFICIENCIA :	
Clasificación y recursos externos	
Especialidad	Inmunología
CIE-10	D84.9
CIE-9	279.3
DiseasesDB	21506
MeSH	D007153

- La inmunodeficiencia es un estado patológico, en el que el [sistema inmunitario](#), no cumple con el papel de protección, que le corresponde dejando al [organismo](#) vulnerable a la [infección](#).
- Las inmunodeficiencias causan a las personas afectadas, una gran susceptibilidad a padecer

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

infecciones, y una mayor [prevalencia](#) de cáncer. Las personas con inmunodeficiencia ,normalmente se tratan con la inmunidad pasiva, para superar infecciones.

-ÍNDICE.-

- CAPÍTULO C: - 100)- INMUNODEFICIENCIAS.-

- 100.1)- [Tipos](#).

- 100.1.1)- [Primarias o Congénitas](#).

- 100.1.2)- [Secundarias o Adquiridas](#).

- 100.2)- [Causas](#).

- 100.3)- [Clasificación](#).

- 100.4)- [Véase También](#).

- 100.5)- [Bibliografía](#).

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

- 100.1)- Tipos.

- Las inmunodeficiencias pueden ser primarias (o congénitas) y secundarias (o adquiridas).

- 100.1.1)- Primarias o Congénitas.

- Las primarias se manifiestan, salvo algunas excepciones, desde la infancia, y se deben a defectos [congénitos](#), que impiden el correcto funcionamiento del sistema inmunitario.

- Por ejemplo en la agammaglobulinemia, en el [síndrome de Di George](#).

. 100.1.2)- Secundarias o Adquiridas.

- Las secundarias, en cambio, son el resultado de la acción de factores externos, como: [desnutrición](#), cáncer, o diversos tipos de infecciones. Un ejemplo de inmunodeficiencia adquirida es el [SIDA](#). -

- También se debe a una carga hormonosupresora, que se adhiere a las moléculas del ADN, produciendo una sobre carga pulmonar en el riñón.

- 100.2)- Causas.

- La inmunodeficiencia (debilidad del sistema inmunitario) puede tener gran variedad de causantes, incluidas las enfermedades de la [médula ósea](#), problemas de [riñón](#) y el [virus](#) de inmunodeficiencia humana ([VIH](#) o [sida](#)).

- 100.3)- Clasificación.

- La clasificación de las inmunodeficiencias propuesta por la [OMS](#), en 1978, las clasifica según el efector de la respuesta inmunitaria afectado:

1. Carencia de los [linfocitos B](#).
2. Carencia de los [linfocitos T](#).
3. Carencia combinada de linfocitos B y T.
4. Disfunciones de los [fagocitos](#).
5. Carencia en el [sistema del complemento](#).

- Entre las inmunodeficiencias congénitas ,existen ejemplos de cada una de estas cinco categorías, mientras que las inmunodeficiencias adquiridas, suelen pertenecer a la categoría número 3.

- 100.4)- Véase También.

- [VIH](#);

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- [Piel](#);
- [Sistema inmunitario](#);
- [Enfermedad autoinmune](#);
- [Enfermedad inmunológica](#);
- [Síndrome de inmunodeficiencia, inestabilidad de la región centromérica y anomalías faciales](#);

- 100.5)- Bibliografía.

- Jones, Jane; Bannister, Barbara A.; Gillespie, Stephen H. (2006). *Infection: Microbiology and Management*. Wiley-Blackwell. ISBN 1-4051-2665-5. (en inglés)
- Brigden, M. L. (2001). «Detection, education and management of the asplenic or hyposplenic patient». *American family physician* 63 (3): 499-506, 508. PMID 11272299. (en inglés)
- Rosen FS, Cooper MD, Wedgwood RJ (1995). «The primary immunodeficiencies». *N. Engl. J. Med.* 333 (7): 431-40. PMID 7616993. doi:10.1056/NEJM199508173330707. (en inglés)
- VER: Los 139 LIBROS Publicados del Prof. Dr. Enrique Barmaimon: -  - [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)- -www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra.
- EN: -LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10; Pag.52- 69.8)-

- 100.6)- Enlaces Externos.

- [Immune Deficiency Foundation](#) (en inglés).
- [The European Society of Immunodeficiencies Biennial Meeting](#) (en inglés).
- [The European Society of Immunodeficiencies](#) (en inglés).

[Control de autoridades](#)

- [Proyectos Wikimedia](#)
-  Datos: [Q641307](#)
-  Multimedia: [Inmunodeficiencias](#)

- [Diccionarios y enciclopedias](#)
- [Britannica](#): [url](#)
- [Identificadores médicos](#)
- [DiseasesDB](#): [21506](#)

-  Datos:[Q641307](#)
-  Multimedia:[Inmunodeficiencias](#)

-Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Inmunodeficiencia&oldid=117928295>»

-**Categoría**:

- [Inmunodeficiencias](#);

- **Editar enlaces**

- Esta página se editó por última vez el 21 octubre 2019, a las 08:11.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

0 0 0 0 0 0 0 0.

- CAPÌTULO CI: - 101)- MANÍA.
- De Wikipedia, la enciclopedia libre.

- EPISODIO MANÍACO:	
Clasificación y recursos externos	
Especialidad	Psiquiatría , psicología médica y psicoterapia
CIE-10	F30
CIE-9	296.4 (Episodio maniaco reciente); 296.6

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

[CIAP-2](#)

[P73](#)

- La manía, también conocida como el síndrome maniaco, es un estado elevado [anormal](#) de excitación, [afecto](#) y nivel energético, o “un estado de elevación, ante toda la activación relacionada con la expresión afectiva, junto con la labilidad emocional”¹.
- Aunque la manía es comúnmente asociada como una “imagen refleja” de la [depresión](#), la elevación del [estado de ánimo](#), puede ser [euforia](#) o irritabilidad.
- Los síntomas de la manía, incluyen humor elevado : ya sea eufórico o irritable; [fuga de ideas](#) y [logorrea](#); incremento de energía; disminución de la necesidad de dormir; e hiperactividad.
- Estos son los síntomas más evidentes en los episodios [hipomaniacos](#), totalmente desarrollados; sin embargo, en el estado de manía completo, se experimentan exacerbaciones progresivamente graves, y se confunden cada vez más con otros signos y síntomas, como los [delirios](#) y, la fragmentación del comportamiento².
- La manía es un síndrome con múltiples causas; aunque la vasta mayoría de factores, ocurren en el contexto del [trastorno bipolar](#), es también un componente clave de otros desórdenes psiquiátricos , tal como el [desorden esquizoafectivo](#), del tipo bipolar, y podría también ser un síntoma secundario, para distintas condiciones médicas; así como la [esclerosis múltiple](#); algunos medicamentos pueden inducir el estado maniaco, por ejemplo, la prednisona; o las sustancias de abuso como la [cocaína](#) o los esteroides anabólicos.
- En el [DSM-5](#), los episodios hipomaniacos se encuentran separados de los episodios maniacos completos más severos, los cuales son categorizados como leves, moderados o severos; esto dependiendo de indicadores ,de acuerdo con las características de sus síntomas : [catatonía](#), [psicosis](#).
- La manía se divide en tres etapas: hipomanía, o etapa I; manía aguda, o etapa II; y manía delirante ([delírium](#)), o etapa III.
- Esta manera de dividir las etapas, de un episodio maniaco, es muy útil para describir y diferenciar el diagnóstico de otros trastornos.
- La manía varía en intensidad, desde manía leve : [hipomanía](#) a manía delirante, marcado por síntomas como: desorientación, [psicosis](#) florida, incoherencia, y [catatonía](#)³.
- Las herramientas estandarizadas, como la [escala autoaplicada de manía de Altman](#)⁴ y la [escala de manía de Young](#)⁵, pueden ser utilizadas para medida la severidad de los episodios maniacos.
- Debido a que la manía e hipomanía, han sido asociados a la [creatividad](#) y el talento artístico⁶, no siempre se ve el caso en que las personas maniacas, que claramente padecen el trastorno bipolar, deseen o necesiten ayuda médica; estas personas, con frecuencia, tienen el autocontrol suficiente, para funcionar de manera normal o simplemente no son conscientes, de que han entrado en un estado maniaco ,como para recurrir por sí mismos a solicitar el apoyo.
- Es común que se crea que las personas maniacas, se encuentran bajo la influencia de [drogas](#).

-ÍNDICE.-

-- CAPÍTULO CI: - 101)- MANÍA.

- 101.1)- [Clasificación](#).

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [101.1.1\)- Estados Mixtos.](#)
- [101.1.2\)- Hipomanía.](#)
- [101.1.3\)- Otros Trastornos Asociados.](#)
- [101.2\)- Signos y Síntomas.](#)
- [101.3\)- Causas.](#)
- [101.4\)- Mecanismo.](#)
- [101. 5\)- Diagnóstico.](#)
- [101.6\)- Tratamiento.](#)
- [101.7\)- Sociedad y Cultura.](#)
- [101.8\)- Etimología](#)
- [101.9\)- Véase También.](#)
- [101.10\)- Notas.](#)
- 101.11) - Biografía.
- [101.12\)- Enlaces Externos.](#)

- 101.1)- Clasificación.

- 101.1.1)- Estados Mixtos.

- En un [estado afectivo mixto](#), el individuo, a pesar de cumplir con el criterio general de una [hipomanía](#) : del cual se hablará más adelante, o episodio maniaco, experimenta tres o más de los síntomas recurrentes [depresivos](#). Esto ha causado especulación, entre los clínicos, de que la manía y la depresión, en vez de constituir dos polos “verdaderamente opuestos”, son, en cambio, dos ejes independientes ,en un espectro unipolar-bipolar.

- Un estado afectivo mixto, especialmente los que tienen síntomas maniacos prominentes, posiciona a los pacientes en mayor riesgo de un [suicidio](#) consumado.

- La [depresión](#) por sí misma, es un factor de riesgo, pero, cuando se suma un incremento de energía, y una actividad dirigida a una meta, el paciente es más propenso a actuar violentamente, en impulsos suicidas.

- 101.1.2)- Hipomanía.

:- [Hipomanía](#).

-La hipomanía es un estado más leve de la manía, que no llega a afectar la funcionalidad ni la calidad de vida⁷. Este mismo podría, de hecho, incrementar la productividad y creatividad.

- En la hipomanía, hay menor necesidad de dormir, y el comportamiento enfocado en una meta y el metabolismo incrementan.

- Aunque el estado de ánimo elevado y el nivel de energía típico de la hipomanía, podrían ser vistos como un beneficio, la manía por sí misma, generalmente tiene muchas consecuencias indeseables, como lo son las tendencias suicidas; la hipomanía podría ser, si el estado de ánimo prominente es la irritabilidad y no la euforia, una experiencia desagradable.

- 101.1.3)- Otros Trastornos Asociados.

- Un solo episodio maniaco, con la ausencia de causas secundarias , como el trastorno por uso de sustancias, los fármacos o una condición médica general), es suficiente para diagnosticar el [trastorno bipolar I](#); la hipomanía puede ser un indicador del [trastorno bipolar II](#).

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- Los episodios maníacos son con frecuencia complicados por delirios y/o alucinaciones; si las características psicóticas persisten, por una duración significativamente más larga que en un episodio de manía : dos semanas o más, el diagnóstico más apropiado sería un [trastorno esquizoafectivo](#).
- Algunos de los desórdenes del el “[espectro obsesivo-compulsivo](#)” y de los trastornos del control de los impulsos comparten el nombre “manía”, por ejemplo: la [cleptomanía](#), [piromanía](#) y la [tricotilomanía](#).
- A pesar de ser asociados, desafortunadamente, por la implicación en sus nombres, no existe relación entre la manía o el trastorno bipolar con este otro tipo de trastornos.
- Asimismo, la deficiencia de [vitamina B₁₂](#) puede provocar características como las de la manía y la psicosis⁸.
- El [hipertiroidismo](#) puede producir síntomas parecidos a los de la manía, tales como la agitación, humor elevado, incremento de energía, hiperactividad, problemas para dormir, y, algunas veces, especialmente en los casos severos, psicosis⁹¹⁰ . .

- 101.2)- Signos y Síntomas.



- Algunas drogas, como la [cocaína](#), pueden inducir estados de ánimo similares ,a los de un episodio maníaco : excitación, humor elevado, euforia.
- Un *episodio maniaco* es definido por: el [manual diagnóstico](#) de la [Asociación Americana de Psiquiatría](#), como un “periodo distinto de humor elevado, expansivo e irritable, que es anormal y persistente, además de sus respectivos incrementos anormales y persistentes de actividad y energía, que duran al menos una semana, y se presentan durante la mayor parte del día, casi todos los días , o cualquier duración si la hospitalización es necesaria)”¹¹; en el cual el estado de ánimo, no es causado por el uso de drogas, medicamento o alguna condición médica : como [hipertiroidismo](#), y (1): causa claras dificultades en el área laboral o las relaciones sociales y actividades, o (2) : requiere la admisión a un hospital, para proteger a la persona y otros, o (3) la persona sufre de psicosis¹².
- Para ser clasificado como un episodio maniaco, durante el estado de ánimo perturbado y el incremento de actividad orientada, a un objetivo o el aumento de energía, deben estar constantemente presentes, al menos tres (o cuatro, si sólo está presente la irritabilidad) de los siguientes:

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

1. Autoestima alzada o grandiosidad
2. Decremento de la necesidad por dormir (puede sentirse descansado con sólo 3 horas de sueño)
3. Más hablador de lo habitual o presiona para seguir una conversación
4. Fuga de ideas o la experiencia subjetiva de que los pensamientos son acelerados
5. Aumento de las actividades dirigidas a un objetivo o aceleración psicomotriz
6. Distraibilidad (es fácilmente atraído por estímulos externos poco importantes)
7. Se relaciona excesivamente en actividades que potencialmente tienen consecuencias peligrosas o riesgosas (comprar excesivamente, proyectos comerciales improbables, [hipersexualidad](#))¹².

- Aunque las actividades en las que uno participa en el estado maniaco, no son *siempre* negativas, aquellas con el potencial de tener desenlaces negativos, son mucho más comunes.

- En casos en los que la persona está deprimida al mismo tiempo, se dice que pasa por un [episodio mixto](#)¹².

-El [sistema de clasificación](#) de la [Organización Mundial de la Salud](#), define al *episodio maniaco*, como un estado de ánimo, que es más alto que lo que la situación justifica, y puede variar de un espíritu elevado, hasta exuberancia casi incontrolable, acompañado de hiperactividad, una compulsión por hablar, se reduce la necesidad de dormir, dificultad para mantener la atención, y distraibilidad en aumento. Frecuentemente se agranda la autoestima y la confianza, mientras que ideas grandes y extravagantes son expresadas. El comportamiento que está fuera del carácter y que es riesgoso, insensato o inapropiado, pueden resultar de la pérdida de la limitación de las normas sociales².

-Algunas personas tienen incluso síntomas físicos, tales como sudoración, alteración del ritmo y pérdida de peso. En la manía de estado completo, usualmente la persona maniaca, siente como si su objetivo sobrepasara cualquier otra cosa, que no hay consecuencias, o que las consecuencias negativas serán mínimas, así como que no necesitan moderar o limitarse, cuando se trata de conseguir lo que buscan¹³.

- La [hipomanía](#) es distinta, ya que puede causar poco o nulo desajuste en las funciones. La conexión de la persona hipomaniaca, con el mundo externo y sus estándares de interacción se mantienen intactos, aunque la intensidad del estado de ánimo sí se afecte. Sin embargo, aquellos que sufren de hipomanía prolongada, y sin tratamiento están en riesgo que desarrollen manía completa, y podrían cruzar la "línea", incluso sin darse cuenta, de que lo han hecho¹⁴.

- Uno de los síntomas característicos de la manía (y en un nivel más reducido en la hipomanía), es a lo que se le llama "[pensamiento acelerado](#)". Con frecuencia, este cuenta como instancia de que la persona maniaca está siendo excesivamente distraída, por estímulos que son objetivamente poco importantes¹⁵.

- Esta experiencia crea un estado inconsciente, en el que los pensamientos del individuo le preocupan totalmente, haciéndolo incapaz de estar al tanto del tiempo o que no se dé cuenta de cualquier cosa fuera del flujo de sus propios pensamientos. Estos mismos pensamientos fugaces, interfieren con la capacidad de dormir.

- Los estados maniacos son siempre relativos al estado normal de intensidad de un individuo afectado; por ello, los pacientes que ya son irritables por naturaleza, pueden llegar a perder contra su temperamento, con más facilidad; asimismo, una persona que es académicamente competente, podría, durante un estado hipomaniaco, adoptar las características de un "genio", así como la habilidad de interpretar y articular, a un nivel más allá de lo que sería

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

capaz, durante la eutimia (estado de ánimo normal).

- Un muy simple indicador de un estado maniaco, podría ser si una persona con un anterior diagnóstico clínico de depresión, de pronto se vuelve inesperadamente energético, jovial, agresivo o hiper alegre.
- Otros, menos obvios, elementos de la manía, incluyen delirios (comúnmente de grandeza o persecución, dependiendo del si se es eufórico o irritable), hipersensibilidad, hipervigilancia, hipersexualidad, hiper religiosidad, hiperactividad o impulsividad, una compulsión por sobre-explicar (usualmente acompañado de verbosidad), planes o ideas 'grandiosas', poca necesidad de dormir; en caso del último síntoma, es posible que los ojos de estos pacientes se vean y sientan anormalmente "grandes" o "abiertos", y que raras veces parpadeen, lo cual contribuye las creencias erróneas de algunos clínicos, sobre que estos pacientes, están bajo la influencia de alguna droga estimulante, siendo que el paciente no está usando ninguna sustancia que altere su mente, o, de hecho, está utilizando alguna droga del tipo depresivo, en un intento incorrecto de contrarrestar algún síntoma de la manía.
- Algunos individuos, en ocasiones, pueden experimentar reacciones fuera de su personalidad, durante algún episodio, tal como transacciones cuestionables de negocios, despilfarro de mucho dinero, actividad sexual riesgosa, abuso de sustancias recreacionales, apuestas excesivas, comportamiento descuidado : conducir acelerado, comportamiento temerario), interacción social anormal (manifiestos, conversaciones con extraños) o que participen mucho en discusiones. Dicho comportamiento puede aumentar el estrés en las relaciones personales, y puede generar problemas en el área laboral, así como incrementar el riesgo del rompimiento de las leyes. Se aumenta el riesgo de participar impulsivamente en actividades ,que pueden ser potencialmente peligrosas para sí mismo u otros¹⁶¹⁷ . .
- A pesar de que el "estado de ánimo muy elevado", suene como algo que se desearía y disfrutaría, la experiencia de la manía, es con frecuencia poco agradable, e incluso perturbadora, además de atemorizante, para las personas involucradas y para quienes son cercanos a ellos, las acciones realizadas impulsivamente durante el estado maniaco, pueden causar arrepentimiento en el futuro.
- También puede volverse complicado, por la falta de juicio y reflexión, de quien lo padece, durante los episodios de exacerbación característica de la manía. Los pacientes suelen sentirse grandiosos, impulsivos, obsesivos, irritables, agresivos y con frecuencia niegan que hay algo mal con ellos. Gracias a que la manía viene con rachas de mucha energía y se disminuye la necesidad de dormir, no toma mucho tiempo en un ciclo maniaco ,para que la psicosis (por falta de sueño) aparezca, complicando aún más la capacidad del individuo de pensar con claridad. El pensamiento acelerado y las percepciones equivocadas, guían hacia la frustración, y disminuyen la capacidad de comunicarse con otros.
- Como se mencionó anteriormente, la manía se divide en tres "etapas". La etapa I : corresponde a la hipomanía y presenta sus características típicas. En las últimas dos etapas, el paciente puede encontrarse extremadamente irritable, psicótico e incluso delirante, a estas dos, se les llama, respectivamente, aguda y delirante (o de Bell).

- 101.3)- Causas.

- Muchos detonadores han sido asociados con el cambio entre un estado eutímico o depresivo a la manía; uno muy común es la terapia con antidepresivos. Estudios muestran que el riesgo de cambio del estado de ánimo, mientras se está en este tipo de terapia ocurre

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

entre 6-69% de las veces.

- Las sustancias dopaminérgicas, tales como los inhibidores de la recaptación o los agonistas dopaminérgicos, pueden también incrementar el riesgo del cambio; entre la medicación, podría incluirse a los agentes glutaminérgicos y drogas que alteren el eje HPA.

- Otros detonadores, en el estilo de vida pueden incluir: ciclos de sueño irregulares, falta de sueño, así como estímulos extremadamente emocionales o estresantes¹⁸.

- Por otra parte, varios genes, que se han visto implicados en los estudios genéticos de la bipolaridad, se han manipulado en modelos animales preclínicos para producir síndromes que reflejen distintos aspectos de la manía.

- El polimorfismo de los genes [CLOCK](#) y [DBP](#), ha sido asociado con la bipolaridad en estudios de población; asimismo, los cambios de comportamiento inducidos al ser noqueado, se pueden reprimir con tratamiento de litio. El número 6 de los [receptores metabotrópicos de glutamato](#), se ha vinculado genéticamente a la bipolaridad, debido a que no se ve manifestado como debería en la corteza cerebral; mientras tanto, el [polipéptido de la adenilato ciclasa de la pituitaria](#), también ha sido asociado al trastorno en vinculación genética y en experimentos con ratones. Algunos tratamientos enfocados en [GSK-3](#) (glucógeno sintasa quinasa 3) y [MAPK3](#) (MAP quinasa 3) han mostrado causar comportamiento maniaco en modelos preclínicos¹⁹.

- La manía se asocia con convulsiones, especialmente por lesiones situadas en el hemisferio derecho del cerebro²⁰²¹..

- La estimulación cerebral profunda del [núcleo subtalámico](#), en la enfermedad de [Parkinson](#) es, de igual manera, asociado con la manía, especialmente cuando se sitúan los electrodos en los núcleos subtalámicos ventromediales. Un mecanismo propuesto, involucra que entra un gran potencial que excita esta zona del subtálamo, hasta el núcleo dopaminérgico²².

- 101.4)- Mecanismo.

- El mecanismo subyacente de la manía es desconocido, pero el perfil neurocognitivo de la manía, es altamente consistente de la disfuncionalidad de la corteza cerebral prefrontal, un hallazgo común en el estudio de la neuroimagen.²³²⁴

- Varias líneas de evidencia, de estudios post-mortem, y los mecanismos putativos de agentes anti-maniacos, apuntan a las anormalidades del [GSK-3](#)²⁵, la dopamina, la [proteína quinasa C](#), e [inositol monofosfatasa](#)²⁶.

- El metaanálisis de estudios de la neuroimagen demuestra que el aumento de la actividad talámica y la reducción bilateral en la activación de los pliegues inferiores frontales de la corteza²⁷.

- La actividad en la [amígdala](#) y otras estructuras subcorticales, tales como el [cuerpo estriado ventral](#), tienden a aumentar, aunque los resultados son inconsistentes, y dependientes de las características de la tarea, como lo sería la valencia. La reducción de la conectividad funcional entre la corteza ventral prefrontal y la amígdala, así como hallazgos variables, apoyan la hipótesis general de la desregulación de estructuras subcorticales, por la corteza prefrontal²⁸. Un sesgo hacia el estímulo balanceado positivo, y un incremento en la capacidad de respuesta, pueden predisponer a la manía²⁹; esta tiende a ser asociada con lesiones del hemisferio derecho, mientras la depresión, se asocia con lesiones del hemisferio izquierdo³⁰.

- Las exámenes post-mortem del trastorno bipolar, han demostrado incrementar la expresión de la proteína quinasa C (PKC)³¹, y, aunque son limitados, los estudios de la

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

manipulación del PKC en animales, producen cambios de comportamiento tales como los de la manía, el tratamiento con un inhibidor de PKC, [tamoxifeno](#) : que es también una droga anti-estrógeno), demuestra efectos anti-maniacos. Este tipo de drogas tradicionales anti-maniacas, inhiben las propiedades del PKC, además de otros efectos, como la inhibición de GSK-3²⁴.

- Los episodios maniacos pueden ser también detonados por los receptores agonistas de la dopamina, y esto combinado con el reporte de actividad incrementada de [VMAT2](#), medido a través de escaneos PET de la unión de radio-ligando, sugieren que la dopamina sí tiene un rol dentro de la manía.

- La disminución de los niveles de fluidos cerebrospinales del metabolito de la serotonina, el [ácido 5-hidroxindolacético](#), se ha encontrado en pacientes maniacos también, que podría contribuir a la explicación por el fallo en la regulación serotoninérgica y la hiperactividad dopaminérgica³².

-La limitada evidencia, como sugiere que la manía es asociada con un comportamiento hipersensible, así también actividad neuronal hipersensible; evidencia electrofisiológica que apoya esto viene de estudios, que asocian la actividad electroencefalográfica frontal izquierda con la manía. Esta actividad generalmente se pensaba que era una reflexión de la actividad del [sistema de activación del comportamiento](#), la cual se cree que apoya el rol de la hipersensibilidad en la manía; asimismo, evidencia tentativa, por un estudio, reportó una asociación entre características maniacas y la negatividad de la retroalimentación, durante el momento en el que se recibe una recompensa o pérdida monetaria. La evidencia de la neuroimagen durante un episodio agudo de manía es escasa, pero un estudio reportó actividad elevada en la [corteza orbitofrontal](#), al recibir una recompensa monetaria; mientras que otro estudio reportó actividad estriada elevada cuando se omitía la recompensa.

- El último descubrimiento fue interpretado en el contexto de una línea de base elevada (resultando en un hallazgo nulo de hipersensibilidad compensativa), o de la incapacidad para discernir entre la recompensa y el castigo, aún apoyando la hipersensibilidad hacia la recompensa de la manía³³. La hiposensibilidad al castigo, como fue reflejado en una serie de estudios de neuroimagen, como una respuesta orbitofrontal lateral reducida al castigo, se ha propuesto como un mecanismo de recompensa por hipersensibilidad en la manía³⁴.

- 101.5)- Diagnóstico.

- En el ICD-10, se mencionan distintos desórdenes con el síndrome maniaco: desorden maniaco orgánico ([F06.30](#)), manía sin síntomas psicóticos (F30.1), manía con síntomas psicóticos (F30.2), otros episodios maniacos (F30.8), episodio maniaco no especificado (F30.9), desorden esquizoafectivo tipo maniaco ([F25.0](#)), trastornos afectivo bipolar.

- 101.6)- Tratamiento.

- Antes de comenzar el tratamiento para la manía, se debe tener mucho cuidado de realizar un [diagnóstico diferencial](#), para eliminar la presencia de causas secundarias de los síntomas.

-El tratamiento agudo del episodio maniaco del [trastorno bipolar](#), involucra el uso de cualquier [estabilizador del ánimo](#) : valproato, litio o carbamazepina; o [antipsicótico atípico](#) : (olanzapina, quetiapina, risperidona, aripiprazol).

- Aunque los episodios hipomaniacos, pueden responder al estabilizador de ánimo, la manía es tratada con la segunda opción, en conjunto con la primera, ya que dan resultados más

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

rápidos³⁵.

- Cuando el comportamiento maniaco se ha disipado, el tratamiento a largo plazo se enfoca en medicamento [profiláctico](#), para estabilizar el estado de ánimo, en combinación, por lo general, de [farmacoterapia](#) y [psicoterapia](#); la probabilidad de tener recaídas es muy alta, para quienes han experimentado dos o más episodios de manía o depresión. Mientras que la medicación para el trastorno bipolar, es muy importante para controlar los síntomas de ambos, manía y depresión, estudios muestran que confiar únicamente en tratamiento fármaco no es el tratamiento más efectivo; el medicamento es más efectivo, cuando se acompaña otros métodos de cuidado, como la [psicoterapia](#), técnicas de auto-afrontamiento, y elecciones de vida saludables³⁶.

-El [litio](#) es el estabilizador de ánimo clásico, para prevenir episodios maniacos y depresivos; un análisis sistemático encontró que el tratamiento de litio a largo plazo, reduce substancialmente el riesgo de la recaída en la manía bipolar en un 42%³⁷.

- Los antiepilépticos como: [valproato](#), [oxcarbazepina](#) y [carbamazepina](#), son usados también para la [profilaxis](#).

- Las soluciones de medicamentos más recientes incluyen [lamotrigina](#), que es otro antiepiléptico y [clonazepam](#) (klonopin).

- En ocasiones, se utilizan antipsicóticos atípicos, en conjunto con algunos de los previamente mencionados, incluyendo [olanzapina](#) (zyprexa), que ayuda a tratar las alucinaciones y delirios; [asenapina](#) (saphris y sycrest), [aripiprazol](#) (abilify), [risperidona](#), [ziprasidona](#) y [clozapina](#), que a menudo se utiliza en personas, que no responden adecuadamente al litio o antiepilépticos.

-El [verapamilo](#), un bloqueador de los canales del calcio, es útil en el tratamiento de la hipomanía, y en casos en donde los estabilizadores de ánimo, como litio, son contraindicados o ineficaces³⁸. Este medicamento es efectivo en ambos, corto y largo plazo³⁹.

-La monoterapia de antidepresivos, no es recomendada para el tratamiento de la depresión en casos de bipolaridad, I ni II; ningún beneficio se ha demostrado al combinar antidepresivos, con los estabilizadores del estado de ánimo⁴⁰.

-101.7)- Sociedad y Cultura.

- En "[Electroboy: A Memoir of Mania](#)" por [Andy Behrman](#), él describe una de sus experiencias maníacas, como "la prescripción más perfecta de gafas para ver al mundo....la vida parece estar frente a ti como una pantalla de cine enorme"⁴¹. Behrman indica, más temprano en su biografía, que se ve a sí mismo, no como una persona sufriendo un incontrolable trastorno discapacitante, sino como el director de la película más vívida y emocionalmente viva. "Cuando soy maniaco, me siento tan despierto y alerta que mis pestañas rozando con la almohada suenan como un trueno"⁴².

-Muchas personas artísticas y que crean distintas formas de arte. tienen manía⁴².

- [Winston Churchill](#) tenía periodos de síntomas maniacos, que podrían haber sido ambos, un beneficio y una responsabilidad⁴³.

- Además, durante las últimas décadas, se ha traído más atención hacia este trastorno, ya que ha tenido presencia en otras películas populares, entre ellas: [Mr. Jones](#) .1993)⁴⁴, con la actuación de [Richard Gere](#) y [Lena Olin](#), que plasma la historia de un hombre con un trastorno

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

bipolar muy violento; o [Biutiful](#), 2010,⁴⁵ dirigida por [Iñárritu](#), en donde uno de los personajes secundarios lo padece.

- 101.8)- Etimología.

- La [nosología](#) de las distintas etapas del episodio maniaco, ha cambiado durante las décadas. La palabra deriva del [griego antiguo](#) *μανία* (*manía*), “demencia, frenesí”⁴⁶ y el verbo *μαίνομαι* (*maínomai*), “estar enojado, exaltado, furioso”⁴⁷.

- 101.9)- Véase También.

- [Psicología anormal](#);
- [Trastorno bipolar](#);
- [Depresión clínica](#);
- [Ciclotimia](#);
- [Hipertimia](#);
- [Hipomanía](#);

- 101.10)- Notas.

1. [↑](#) Berrios, G. E. (March 2004). «[Of Mania: introduction \(Classic text no. 57\)](#)». *History of Psychiatry* 15 (57 Pt 1): 105-124. [ISSN 0957-154X](#). [PMID 15104084](#). [doi:10.1177/0957154X04041829](#)..
2. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b «[ICD-10 Version:2010](#)». *apps.who.int* (en inglés).
3. [↑](#) Semple, David (2005). *Oxford Hand book of Psychiatry*. Oxford press.
4. [↑](#) Altman, E.; Hedeker, D.; Peterson, J. L.; Davis, J. M. (15 de septiembre de 2001). «[A comparative evaluation of three self-rating scales for acute mania](#)». *Biological Psychiatry* 50 (6): 468-471. [ISSN 0006-3223](#). [PMID 11566165](#). .
5. [↑](#) Young, R. C.; Biggs, J. T.; Ziegler, V. E.; Meyer, D. A. (November 1978). «[A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity](#)». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 133: 429-435. [ISSN 0007-1250](#). [PMID 728692](#).
6. [↑](#) Jamison, Kay R. (1996). *Touched with Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament*. New York: Free Press. [ISBN 0-684-83183-X](#).
7. [↑](#) NAMI (2007). «[The many faces & facets of BP](#)».
8. [↑](#) Masalha R, Chudakov B, Muhamad M, Rudoy I, Volkov I, Wirguin I (2001). «Cobalamin-responsive psychosis as the sole manifestation of vitamin B12 deficiency». *Israeli Medical Association Journal*.
9. [↑](#) «[Hyperthyroidism](#)».
10. [↑](#) «[Hyperthyroidism](#)».
11. [↑](#) [DSM-5 Update: Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition](#). American Psychiatric Association Publishing. September, 2016.
12. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b ^c «[BehaveNet Clinical Capsule: Manic Episode](#)». 26 de octubre de 2010.
13. [↑](#) American Psyquiatric Association (2000). *DSM-IV-TR*. American Psychiatric Association Publishing.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

14. [↑](#) Giannini, AJ (1986). *Biological Foundations of Clinical Psychiatry*. NY Medical Examination Publishing Company.
15. [↑](#) Lakshmi N. Ytham, Vivek Kusumakar, Stanley P. Kutchar (2002). *Bipolar Disorder: A Clinician's Guide to Biological Treatments*. p. 3.
16. [↑](#) Fletcher, Kathryn; Parker, Gordon; Paterson, Amelia; Synnott, Howe. «[High-risk behaviour in hypomanic states](#)». *Journal of Affective Disorders* 150 (1): 50-56. doi:[10.1016/j.jad.2013.02.018](#).
17. [↑](#) Pawlak, Joanna; Dmitrzak-Węglarz, Monika; Skibińska, Maria; Szczepankiewicz, Aleksandra; Leszczyńska-Rodziewicz, Anna; Rajewska-Rager, Aleksandra; Maciukiewicz, Małgorzata; Czerski, Piotr *et al.*. «[Suicide attempts and psychological risk factors in patients with bipolar and unipolar affective disorder](#)». *General Hospital Psychiatry* 35 (3): 309-313. doi:[10.1016/j.genhosppsy.2012.11.010](#).
18. [↑](#) Salvadore, Giacomo; Quiroz, Jorge A.; Machado-Vieira, Rodrigo; Henter, Ioline D.; Manji, Hussein K.; Zarate, Carlos A. (4 de mayo de 2010). «[The Neurobiology of the Switch Process in Bipolar Disorder](#)». *The Journal of Clinical Psychiatry* (en inglés) 71 (11): 1488-1501. ISSN [0160-6689](#). doi:[10.4088/jcp.09r05259gre](#).
19. [↑](#) Sharma, Ajaykumar N.; Fries, Gabriel R.; Galvez, Juan F.; Valvassori, Samira S.; Soares, Jair C.; Carvalho, André F.; Quevedo, Joao. «[Modeling mania in preclinical settings: A comprehensive review](#)». *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 66: 22-34. doi:[10.1016/j.pnpbp.2015.11.001](#).
20. [↑](#) Santos, Catarina O.; Caeiro, Lara; Ferro, José M.; Figueira, M. Luísa (2011). «[Mania and Stroke: A Systematic Review](#)». *Cerebrovascular Diseases* (en inglés) 32 (1): 11-21. ISSN [1015-9770](#). doi:[10.1159/000327032](#).
21. [↑](#) Society for Behavioral and Cognitive Neurology (1988). *Neuropsychiatry, neuropsychology, and behavioral neurology*. (en inglés). Raven Press.
22. [↑](#) Chopra, Amit; Tye, Susannah J.; Lee, Kendall H.; Sampson, Shirlene; Matsumoto, Joseph; Adams, Andrea; Klassen, Bryan; Stead, Matt *et al.* (1 de enero de 2012). «[Underlying Neurobiology and Clinical Correlates of Mania Status After Subthalamic Nucleus Deep Brain Stimulation in Parkinson's Disease: A Review of the Literature](#)». *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 24 (1): 102-110. ISSN [0895-0172](#). doi:[10.1176/appi.neuropsych.10070109](#).
23. [↑](#) Clark, Luke; Sahakian, Barbara J. (2008-6). «[Cognitive neuroscience and brain imaging in bipolar disorder](#)». *Dialogues in Clinical Neuroscience* 10 (2): 153-165. PMID [18689286](#).
24. [↑](#) [Saltar a: ^a ^b](#) Arnsten, AFT; Manji, HK (27 de febrero de 2008). «[Mania: a rational neurobiology](#)». *Future Neurology* (en inglés) 3 (2): 125-131. doi:[10.2217/14796708.3.2.125](#).
25. [↑](#) Li, Xiaohong; Liu, Min; Cai, Zhuoji; Wang, Gang; Li, Xiaohua (1 de noviembre de 2010). «[Regulation of glycogen synthase kinase-3 during bipolar mania treatment](#)». *Bipolar Disorders* (en inglés) 12 (7): 741-752. ISSN [1399-5618](#). doi:[10.1111/j.1399-5618.2010.00866.x](#).
26. [↑](#) Goodman, Brunton L, Chabner B, Knollman B (2011). *Goodman Gilman's pharmacological basis of therapeuti* (Twelfth ed. edición). New York: McGraw-Hill Professional. ISBN [978-0-07-162442-8](#).

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

27. [↑](#) Chen, Chi-Hua; Suckling, John; Lennox, Belinda R; Ooi, Cinly; Bullmore, Ed T (1 de febrero de 2011). [«A quantitative meta-analysis of fMRI studies in bipolar disorder»](#). *Bipolar Disorders* (en inglés) 13 (1): 1-15. [ISSN 1399-5618](#). [doi:10.1111/j.1399-5618.2011.00893.x](#).
28. [↑](#) Strakowski, Stephen M; Adler, Caleb M; Almeida, Jorge; Altshuler, Lori L; Blumberg, Hilary P; Chang, Kiki D; DelBello, Melissa P; Frangou, Sophia *et al.* (1 de junio de 2012). [«The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a consensus model»](#). *Bipolar Disorders* (en inglés) 14 (4): 313-325. [ISSN 1399-5618](#). [doi:10.1111/j.1399-5618.2012.01022.x](#).
29. [↑](#) Phillips, Mary L.; Swartz, Holly A. (1 de agosto de 2014). [«A Critical Appraisal of Neuroimaging Studies of Bipolar Disorder: Toward a New Conceptualization of Underlying Neural Circuitry and a Road Map for Future Research»](#). *American Journal of Psychiatry* 171 (8): 829-843. [ISSN 0002-953X](#). [doi:10.1176/appi.ajp.2014.13081008](#).
30. [↑](#) Braun, CM; Larocque, C; Daigneault, S; Montour-Proulx, I (1999). *Mania, pseudomania, depression, and pseudodepression resulting from focal unilateral cortical lesions*. *Neuropsychiatry, neuropsychology, and behavioral neurology*. p. 35–51.
31. [↑](#) Gawryluk, Jeremy W.; Young, L. Trevor (2010). [«Behavioral Neurobiology of Bipolar Disorder and its Treatment»](#). *Current Topics in Behavioral Neurosciences* (en inglés). Springer, Berlin, Heidelberg. pp. 139-165. [ISBN 9783642157561](#). [doi:10.1007/7854_2010_71](#).
32. [↑](#) MANJI, HUSSEINI K; QUIROZ, JORGE A; PAYNE, JENNIFER L; SINGH, JASKARAN; LOPES, BARBARA P; VIEGAS, JENILEE S; ZARATE, CARLOS A (2003-10). [«The underlying neurobiology of bipolar disorder»](#). *World Psychiatry* 2 (3): 136-146. [ISSN 1723-8617](#). [PMID 16946919](#).
33. [↑](#) Nusslock, Robin; Young, Christina B.; Damme, Katherine S.F. [«Elevated reward-related neural activation as a unique biological marker of bipolar disorder: Assessment and treatment implications»](#). *Behaviour Research and Therapy* 62: 74-87. [doi:10.1016/j.brat.2014.08.011](#).
34. [↑](#) Rolls, Edmund T. [«A non-reward attractor theory of depression»](#). *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 68: 47-58. [doi:10.1016/j.neubiorev.2016.05.007](#).
35. [↑](#) Cipriani, Andrea; Barbui, Corrado; Salanti, Georgia; Rendell, Jennifer; Brown, Rachel; Stockton, Sarah; Purgato, Marianna; Spineli, Loukia M *et al.*. [«Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania: a multiple-treatments meta-analysis»](#). *The Lancet* 378 (9799): 1306-1315. [doi:10.1016/s0140-6736\(11\)60873-8](#).
36. [↑](#) Melinda Smith, M.A., Lawrence Robinson, Jeanne Segal, and Damon Ramsey, MD (1 March 2012). "The Bipolar Medication Guide". HelpGuide.org. Archived from the original on 10 March 2012. Retrieved 23 March 2012.
37. [↑](#) Geddes, John R.; Burgess, Sally; Hawton, Keith; Jamison, Kay; Goodwin, Guy M. (1 de febrero de 2004). [«Long-Term Lithium Therapy for Bipolar Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials»](#). *American Journal of Psychiatry* 161 (2): 217-222. [ISSN 0002-953X](#). [doi:10.1176/appi.ajp.161.2.217..](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

38. [↑ «Antimanic effects of verapamil»](#). *American Journal of Psychiatry* 141 (12): 1602-1603. 1 de diciembre de 1984. [ISSN 0002-953X](#).
[doi:10.1176/ajp.141.12.1602](#).
39. [↑](#) Giannini, A. James; Taraszewski, Robert; Loisel, Robert H. (1 de diciembre de 1987). [«Verapamil and Lithium in Maintenance Therapy of Manic Patients»](#). *The Journal of Clinical Pharmacology* (en inglés) 27 (12): 980-982. [ISSN 1552-4604](#). [doi:10.1002/j.1552-4604.1987.tb05600.x](#).
40. [↑](#) Nierenberg, Andrew A. (15 de febrero de 2010). [«A Critical Appraisal of Treatments for Bipolar Disorder»](#). *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry* (en inglés). #VALUE! (Suppl 1): 23-29. [ISSN 2155-7780](#).
[doi:10.4088/pcc.9064su1c.04](#).
41. [↑](#) 1962-, Behrman, Andy, (2003). [Electroboy : a memoir of mania](#) (Random House trade pbk. ed edición). Random House Trade Paperbacks. [ISBN 9780812967081](#). [OCLC 51679099](#).
42. [↑](#) [Saltar a: ^a ^b](#) [«The Link Between Bipolar Disorder and Creativity | Psych Central»](#). *Psych Central* (en inglés estadounidense). 17 de mayo de 2016.
43. [↑](#) 1959-2013., Nolen-Hoeksema, Susan,. [Abnormal psychology](#) (Sixth edition edición). [ISBN 9780078035388](#). [OCLC 855264280](#).
44. [↑](#) [Mr. Jones](#) (en inglés),
45. [↑](#) [Biutiful](#) (en inglés),
46. [↑](#) [«Henry George Liddell, Robert Scott, A Greek-English Lexicon, μᾶνία»](#).
[www.perseus.tufts.edu](#).
47. [↑](#) [μαίνομαι](#), Henry George Liddell, Robert Scott, A Greek-English Lexicon, on Perseus Digital Library.

- 101.11)- Bibliografía.

1. VER: Los 139 LIBROS Publicados del Prof. Dr. Enrique Barmaimon: -  [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)- [-www.bvssmu@org.uy](#) [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra.
2. EN: -LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10; Pag.52- 69.8)-

- 101.12)- Enlaces Externos.

- [Wikcionario](#) tiene definiciones y otra información sobre [manía](#).

[Control de autoridades](#)

- [Proyectos Wikimedia](#)
-  Datos: [Q185935](#)
-  Multimedia: [Mania](#)

-
- [Diccionarios y enciclopedias](#)
 - [Britannica](#): [url](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- Identificadores médicos
- [CIAP-2: P73](#)

-  Datos:[Q185935](#)
-  Multimedia:[Mania](#)

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Manía&oldid=118978340>»

-Categoría:

- [Trastornos del estado de ánimo](#);

-Editar enlaces

- Esta página se editó por última vez el 21 octubre 2019 a las 08:45.
- El texto está disponible bajo la [Licencia Creative Commons Atribución Compartir Igual 3.0](#); pueden aplicarse cláusulas adicionales. Al usar este sitio, usted acepta nuestros [términos de uso](#) y nuestra [política de privacidad](#).

Wikipedia® es una marca registrada de la [Fundación Wikimedia, Inc.](#), una organización sin ánimo de lucro.

- [Política de privacidad](#)
- [Acerca de Wikipedia](#)
- [Limitación de responsabilidad](#)
- [Desarrolladores](#)
- [Declaración de cookies](#)
- [Versión para móviles](#)

0 0 0 0 0 0 0 0.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- CAPÌTULO CII: -102)- PSICOSIS.-
-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

- PSICOSIS:



La noche estrellada (1889) de [Vincent van Gogh](#), quien sufría episodios psicóticos,¹ muestra los cambios de luz y color que pueden aparecer con la psicosis.²³

Clasificación y recursos externos

[Especialidad](#)

[Psiquiatría](#) y [psicología clínica](#)

[CIE-10](#)

[F20-F29](#)⁴

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

CIE-9	290-299
CIAP-2	P98
MedlinePlus	001553
Sinónimos	
Trastorno psicótico	

- La Psicosis (del [griego](#) ψύχωσις, *psychosis*, a su vez derivada de ψυχή, 'alma, mente'):- Es un término genérico, utilizado en [psicoanálisis](#) y [psiquiatría](#), para referirse a un estado mental descrito como una escisión o pérdida de contacto con la [realidad](#).⁵
- A las personas que lo padecen, se las denomina *psicóticas*.
- El término «psicótico», es a menudo confundido por el término [psicópata](#), un trastorno de la personalidad, sin relación alguna a la psicosis.
- Las personas que experimentan psicosis, pueden presentar [alucinaciones](#) o [delirios](#), y pueden exhibir cambios en su personalidad y un pensamiento desorganizado.⁵
- Estos síntomas pueden ser acompañados, por un comportamiento inusual o extraño, así como por dificultad para interactuar socialmente, e incapacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria.
- Una amplia variedad de elementos del sistema nervioso, tanto orgánicos como funcionales, pueden causar una reacción psicótica.
- Esto ha llevado a la creencia, de que la psicosis es como la «fiebre» de las [enfermedades mentales](#), un indicador serio, pero no específico.⁶⁷
- Sin embargo, muchas personas tienen experiencias inusuales y de distorsión de la realidad, en algún momento de sus vidas, sin volverse discapacitadas, o ni siquiera angustiadas por estas experiencias.
- Como resultado, cierta corriente de investigadores, argumenta que la psicosis no está fundamentalmente separada de una conciencia normal, sino más bien es un "continuum", con conciencia normal.^{8 5} Desde esta perspectiva, las personas que son diagnosticadas clínicamente como psicóticas, pueden estar teniendo simplemente experiencias particularmente intensas o angustiantes (Véase [Esquizotipia](#)).
- La psicosis puede aparecer como consecuencia de un gran número de enfermedades, tales como: la [esquizofrenia](#); el [trastorno bipolar](#); el [Alzheimer](#); el [Parkinson](#); la [sensibilidad al gluten no celíaca](#); la [epilepsia](#); o la [esclerosis múltiple](#).⁹¹⁰¹¹¹²¹³

-`INDICE.-

- CAPÍTULO CII: -102)- PSICOSIS.-
- [102.1\)- Definición.](#)
- [102.2\)- Causas.](#)
- [102.3\)- Clasificación.](#)

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- [102.4\)- Cuadro Clínico.](#)
- [102.5\)- Tratamiento.](#)
- [102.6\)- Psicosis y Locura.](#)
- [102.7\)- Véase También.](#)
- [102.8\)- Referencias.](#)
- 102.9)- Biografía.
- 102)- Enlaces Externos.

- 102.1)- Definición.

-Se ha definido la Psicosis, como «un desorden mental grave, con o sin un daño orgánico, caracterizado por un trastorno de la personalidad, por la pérdida del contacto con la realidad, y por causar el empeoramiento del funcionamiento social normal». ¹⁴.

-Una correcta apreciación del término implica circunscribir la Psicosis, como una situación de enfermedad mental, que presenta un desvío en el juicio de realidad. Este desvío es propio de la psicosis, a diferencia de la insuficiencia de juicio propia de la [oligofrenia](#), del debilitamiento propio de las demencias, y de la suspensión del juicio propio, de los estados confusionales o [delirium](#).

- Los sujetos psicóticos suelen experimentar , o no, [alucinaciones](#), pensamientos delirantes: Ver [delirio](#), y trastornos formales del pensamiento : cambios de las relaciones semánticas y sintácticas. ⁵

-Psicosis para el psicoanálisis: -Esta corriente que también estudia los estados mentales, utilizando quizá una mejor denominación de la psicosis, en tanto que conjunto de estructuras psíquicas o subjetivas, en reemplazo del concepto de locura : dado que la locura es una definición social ,de aquello que se aleja de la normalidad, y no una clasificación [nosológica](#), del mismo modo en que lo es la normalidad, ya que al repasar la historia, se verán distintas definiciones de normalidad en el mundo y una misma comunidad.

- Desde el psicoanálisis, se emplea el término psicosis, para designar una posición subjetiva.

- Lo fundamental no son las manifestaciones típicas de psicosis, tales como: alucinaciones, pensamientos confusionales, sensaciones de persecución por otras personas reales o imaginarias, y así sucesivamente : sintomatología, sino que la forma subjetiva de posicionarse en -ante- la vida.

- Un psicótico puede no manifestar síntomas nunca en su vida, hacerlo en edad avanzada, o en edad temprana. Todo dependerá de las coyunturas, que posibiliten o no el desencadenamiento.

-En este sentido, fue Jacques Lacan, quien incursionó en la investigación de la Psicosis, como una estructura subjetiva, junto con la neurosis y la perversión; entendidas todas como posiciones subjetivas, donde cualquier persona se posicionaría en una u otra, pero sin posibilidad de un pasaje entre estructuras.

- Posteriores corrientes del Psicoanálisis, sí han permitido esto último, al definir estos casos como "borderlines", donde la pertenencia a una o a otra estructura, dependería de una causalidad significativa, lo cual significa, que la estructura se expresa en términos de lenguaje.

-El psicoanálisis es paradigmático, en tanto quita la psicosis del campo de lo patológico, de la dificultad o de la imposibilidad, replanteándola, como una forma diferente de vivir.

- 102.2)- Causas.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- Se desconoce la causa de la Psicosis, aunque existen varias teorías, y suelen considerarse un síndrome, más que una entidad nosológica diferenciada.

-Se ha planteado que los fenómenos psicóticos más característicos, como las [alucinaciones](#) y los [delirios](#), son más frecuentes en la población general de lo que se pensaba, y que, en realidad, podrían ser parte de un continuo sintomático : este último concepto, no es aceptado mayoritariamente.

- Hacia fines de [siglo XX](#), con el auge del avance en [genética](#), se ha pretendido buscar una etiología biológica a las psicosis. En efecto, las investigaciones han encontrado una mayor actividad de la [dopamina](#) y de la [serotonina](#), siendo que la mayoría de los [antipsicóticos](#) disponibles, tienden a inhibir la actividad de dichos neurotransmisores.⁵.

- El [psicoanálisis](#), en cambio, considera que las Psicosis, se deben a factores exógenos al afectado, factores estructurales.⁵.

- [Lacan](#) explica la génesis de la Psicosis , tras estudiar muchos casos, en un proceso llamado [forclusión](#).⁵.

-La [terapia cognitiva](#), por su parte, concibe a los trastornos psicóticos, desde un modelo bio-psico- social de vulnerabilidad: estrés y habilidades de afrontamiento. Se plantea que las tres variables funcionan, como factores interactivos, que inciden en el origen, la gravedad y el curso.⁵.

- Numerosas condiciones médicas, pueden causar Psicosis, que en ocasiones pueden ser el primer indicio de la presencia de la enfermedad subyacente, tales como: la [esquizofrenia](#), el [trastorno bipolar](#), el [Alzheimer](#), el [Parkinson](#), la [sensibilidad al gluten no celíaca](#), la [epilepsia](#), o la [esclerosis múltiple](#).⁹¹⁰¹¹¹²¹³. El consumo de ciertas sustancias , como: el [alcohol](#), el [cannabis](#), la [cocaína](#), las [anfetaminas](#) y los [alucinógenos](#), también puede provocar síntomas de Psicosis.¹⁵.

- 102.3)- Clasificación.

- Existen históricamente muchas clasificaciones, algunas de las cuales se establecían en función, de ser cuadros delirante-alucinatorios : por ejemplo, las [esquizofrenias](#), o no alucinatorios : por ejemplo la [paranoia](#); en psicosis delirantes verosímiles o inverosímiles, bien o mal sistematizadas, en relación a su irrupción, como proceso o desarrollo, etc.

- En la actualidad, mundialmente se acepta como sistema de clasificación nosológica, al DSM-IV, y como descripción clínico-psiquiátrica, sigue teniendo peso la escuela alemana de Bleuler, Kraepelin y Kleist; y en cuanto a la descripción de delirios, la reseñada por la escuela francesa : con [Gaetán de Clerembault](#), como mayor exponente.

- Por lo general el sujeto carece de [introspección](#), acerca de la naturaleza extraña o extravagante, que puede adoptar su conducta o sus pensamientos, los que terminan por provocar una grave disfunción social.

-El [DSM](#) (*Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales*, de la [Asociación Psiquiátrica Estadounidense](#), reconoce varios tipos de psicosis:

- [Esquizofrenia](#);
- Tipo [paranoide](#) de esquizofrenia;
- Tipo desorganizado de esquizofrenia;
- Tipo [catatónico](#) de esquizofrenia;
- Tipo indiferenciado de esquizofrenia;
- Tipo residual de esquizofrenia;
- [Trastorno esquizofreniforme](#);

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [Trastorno esquizoafectivo](#);
- [Trastorno delirante](#);
- [Trastorno psicótico breve](#);
- [Trastorno psicótico compartido](#);
- Trastorno psicótico debido a enfermedad médica asociada;
- Trastorno psicótico inducido por sustancias;
- Trastorno psicótico no especificado;

- 102.4)- Cuadro Clínico.

-Los síntomas que orientan hacia la presencia de un trastorno de tipo psicótico:

- Cambios bruscos y profundos de la conducta.
- Replegarse sobre sí mismo, sin hablar con nadie.
- Creer sin motivos que la gente le observa, habla de él o trama algo contra él.
- Hablar a solas : [soliloquio](#), creyendo tener un interlocutor, oír voces, tener visiones : alucinaciones visuales, auditivas, sin que existan estímulos.
- Tener períodos de confusión mental o pérdida de la memoria.
- Experimentar sentimientos de culpabilidad, fracaso, depresión.
- Dificultad para expresar emociones y sentimientos o incluso falta de los mismos.

- Advertencia: -Algunos de estos síntomas, también pueden experimentarse en condiciones no psicóticas: abuso de sustancias; [trastornos de personalidad](#); eventos [estresantes](#): [distresantes](#), lo que [Jaspers](#) ha denominado «situaciones límite»; momentos graves de [neurosis](#) : por ejemplo ciertas neurosis del tipo [histeria](#); momentos de [conversión](#).

- De modo, que los síntomas mencionados no constituyen ninguna evidencia concluyente.

- Por lo tanto, siempre debe hacerse un examen físico y descartar la posibilidad de intoxicación por sustancias, antes de concluir un diagnóstico de psicosis.

- 102.5)- Tratamiento.

- En el tratamiento de la Psicosis, se suelen utilizar medicamentos [antipsicóticos](#), además de diversos apoyos psicosociales y el tratamiento de la enfermedad de base.

- 102.6)- Psicosis y Locura.

- En español, la palabra «[locura](#)», se utiliza coloquialmente, como un término peyorativo, y no se usa como [diagnóstico médico](#) en la actualidad.

Vulgarmente se adjetiva como "loco", a personas que sufren trastornos mentales, como por ejemplo psicosis,¹⁶ pero también se utiliza para las neurosis graves, y los pacientes borderline. .

- 102.7)- Véase También.

- [Escotomización](#);
- [Forclusión](#);
- [Esquizofrenia](#);
- [Neurosis](#);
- [Síndrome de Frégoli](#);
- [Trastorno delirante](#);

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [Trastornos del lenguaje durante el sueño;](#)
- [Trastornos neurológicos relacionados con el gluten;](#)

- 102.8)- Referencias.

1. [↑](#) Bogousslavsky, Julien; Boller, François (2005). [Neurological Disorders in Famous Artists](#) (en inglés). Karger Medical and Scientific Publishers. p. 125. [ISBN 978-3-8055-7914-8](#).
2. [↑](#) Kelly, Evelyn B. (2001). [Coping with schizophrenia](#) (1.ª edición). Nueva York: Rosen Pub. p. 25. [ISBN 978-0-8239-2853-8](#).
3. [↑](#) Maio, Vincent Di; Franscell, Ron (2016). [Morgue: A Life in Death](#). St. Martin's Press. p. 236. [ISBN 978-1-4668-7506-7](#).
4. [↑](#) «Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (F20-F29)». [ICD-10 Version:2010](#). World Health Organization.
5. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b ^c ^d ^e ^f ^g ^h [Principales formas de entender la psicosis en psicología y psiquiatría. Disponible online en: Monografias.com](#).
6. [↑](#) Tsuang, Ming T.; William S. Stone, Stephen V. Faraone (julio de 2000). «Toward Reformulating the Diagnosis of Schizophrenia». [American Journal of Psychiatry](#) 157 (7): 1041-1050. [PMID 10873908](#). [doi:10.1176/appi.ajp.157.7.1041](#).
7. [↑](#) DeLage, J. (febrero de 1955). «Moderate psychosis caused by mumps in a child of nine years.». [Laval Médical](#) 20 (2): 175-183. [PMID 14382616](#).
8. [↑](#) Johns, Louise C.; Jim van Os (2001). «The continuity of psychotic experiences in the general population.». [Clinical Psychology Review](#) (PubMed) 21 (8): 1125-41. [PMID 11702510](#). [doi:10.1016/S0272-7358\(01\)00103-9](#).
9. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b Mintzer J, Targum SD (diciembre de 20003). «J Geriatr Psychiatry Neurol». [Psychosis in elderly patients: classification and pharmacotherapy](#) (Revisión) 16 (4): 199-206. [PMID 14653427](#).
10. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b Catassi C (2015). «Gluten Sensitivity». [Ann Nutr Metab](#) (Revisión) 67 (Suppl 2): 16-26. [PMID 26605537](#). [doi:10.1159/000440990](#).
11. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b Balakireva AV, Zamyatnin AA (18 de octubre de 2016). «Properties of Gluten Intolerance: Gluten Structure, Evolution, Pathogenicity and Detoxification Capabilities». [Nutrients](#) (Revisión) 8 (10): 644. [PMC 5084031](#). [PMID 27763541](#).
12. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b Kanner AM, Rivas-Grajales AM (junio de 2016). «Psychosis of epilepsy: a multifaceted neuropsychiatric disorder». [CNS Spectr](#) (Revisión) 21 (3): 247-57. [PMID 27322691](#). [doi:10.1017/S1092852916000250](#).
13. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b Feinstein A (mayo de 2007). «Neuropsychiatric syndromes associated with multiple sclerosis». [J Neurol](#) (Revisión) 254 (Suppl 2): I173-6. [PMID 17503134](#). [doi:10.1007/s00415-007-2017-2](#).
14. [↑](#) [The American Heritage Stedman's Medical Dictionary](#). «Diccionario Médico KMLE - Definición de psicosis».
15. [↑](#) Skosnik PD, Cortes-Briones JA, Hajós M (1 de abril de 2016). «It's All in the Rhythm: The Role of Cannabinoids in Neural Oscillations and Psychosis». [Biol Psychiatry](#) (Revisión) 79 (7): 568-77. [PMID 26850792](#). [doi:10.1016/j.biopsych.2015.12.011](#).
16. [↑](#) [Real Academia Nacional de Medicina. Diccionario de términos médicos. Madrid: Panamericana; 2012.](#)

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

-102.9)- Bibliografía.

2. VER: Los 139 LIBROS Publicados del Prof. Dr. Enrique Barmaimon: -  [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)- [-www.bvssmu@org.uy](mailto:www.bvssmu@org.uy) [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra.
3. EN: -LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10; Pag.52- 69.8)-

- 102.10)- Enlaces Externos.

[Control de autoridades](#)

- [Proyectos Wikimedia](#)
-  Datos: [Q170082](#)
-  Multimedia: [Psychosis](#)

- [Identificadores](#)
- [LCCN: sh85108502](#)
- [Diccionarios y enciclopedias](#)
- [Britannica: url](#)
- [Identificadores médicos](#)
- [DOID: DOID:2468](#)
- [CIE-9: 298.8](#)
- [CIAP-2: P98](#)
- [MedlinePlus: 001553](#)
- [MeSH: D011618](#)

-  Datos:[Q170082](#)
-  Multimedia:[Psychosis](#)

``

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicosis&oldid=120474892>»

[Categorías:](#)

- [Trastornos psicóticos;](#)
- [Psiquiatría;](#)
- [Términos médicos;](#)

- [Editar enlaces](#)

- Esta página se editó por última vez el 21 octubre 2019 a las 10:36.
- El texto está disponible bajo la [Licencia Creative Commons Atribución Compartir Igual 3.0](#); pueden aplicarse cláusulas adicionales. Al usar este sitio, usted acepta nuestros [términos de uso](#) y nuestra [política de privacidad](#).
Wikipedia® es una marca registrada de la [Fundación Wikimedia, Inc.](#), una organización sin ánimo de lucro.
- [Política de privacidad](#)
- [Acerca de Wikipedia](#)
- [Limitación de responsabilidad](#)
- [Desarrolladores](#)
- [Declaración de cookies](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [Versión para móviles](#)

0 0 0 0 0 0 0 0.

- CAPÌTULO CIII: - 103)- TRASTORNO LÌMITE DE LA PERSONALIDAD.-
- De Wikipedia, la enciclopedia libre

- TRASTORNO LÌMITE DE LA PERSONALIDAD:	
Clasificación y recursos externos	
Especialidad	Psiquiatría y psicología
CIE-10	F60.3
CIE-9	301.83
CIAP-2	P80
MedlinePlus	000935
MeSH	D001883

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

Sinónimos

- Trastorno de personalidad limítrofe
- Trastorno limítrofe de la personalidad

- El Trastorno Límite de la Personalidad, "*borderline*" (abreviado como TLP), también llamado limítrofe o fronterizo, es definido por el [DSM-IV \(DSM-IV 301.83¹\)](#), como «un [trastorno de la personalidad](#), que se caracteriza primariamente por: inestabilidad emocional, pensamiento extremadamente polarizado y dicotómico, impulsividad, y relaciones interpersonales caóticas».
- El perfil global del trastorno, también incluye típicamente una inestabilidad acusada y generalizada del estado de ánimo, de la autoimagen, y de la [conducta](#); así como del sentido de identidad, que puede llevar a periodos de [disociación](#).²
- Se incluye dentro del grupo B, de trastornos de la personalidad, los llamados «dramático-emocionales». Es, con mucho, el más común de los Trastornos de la Personalidad.³
- El término "*borderline*" para referirse al trastorno, está ampliamente extendido, incluso en idiomas distintos al [inglés](#).
- Fue usado por primera vez, en 1884, por el [psiquiatra](#) C. Hughes, y posteriormente por el [psicoanalista Adolph Stern](#), en 1938, para caracterizar las afecciones psiquiátricas, que superaban la [neurosis](#), pero que no alcanzaban la [psicosis](#).
- Muchos autores califican los síntomas del TLP, como pseudopsicóticos. Bajo esta concepción se establecía un continuo gradual, entre uno y otro extremo, situándose el trastorno en el «límite».
- El concepto formal de *Trastorno Límite de la Personalidad* es relativamente nuevo en el campo de la [psicopatología](#).
- No apareció en el [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales \(DSM\)](#), publicado por la [Asociación Estadounidense de Psiquiatría](#) hasta [1980 \(DSM-III\)](#).
- Es a partir de ahí, una vez logrado el estatus oficial de «Trastorno de la Personalidad», cuando se dispara el interés por esta [patología](#).
- Esto se logró tras grandes controversias y disputas iniciadas en los [años 1970](#). La nomenclatura oficial y criterios diagnósticos, se acordaron mediante compromisos entre los diferentes modelos, y atendiendo a datos [empírico](#)-descriptivos.
- Con esta definición, se dejó atrás definitivamente, la idea anterior de la afección como un fenómeno, que fluctuaba entre la [neurosis](#) y la [psicosis](#), para constituir un cuadro con entidad propia, y no un límite de un continuo entre otros dos.

-ÍNDICE.-

- CAPÍTULO CIII: - 103)- TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.-

-103.1)- [Epidemiología](#).

-103.2)- [Etiología](#).

- 103.2.1)- [Factores Biológicos](#).

- 103.2.2)- [Problemas de Tipo Fisiológico](#).

- 103.3)- [Patogenia](#).

- 103.4)- [Diagnóstico](#).

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [103.4.1\)- Evaluación Inicial.](#)
- [103.4.2\)- Semiología Adicional del TLP y Biomarcadores.](#)
- [103.4.3\)- Criterios del *DSM-IV-TR*.](#)
- [103.4.4\)- Otros Sistemas Diagnósticos Distintos al *DSM*.](#)
- [103.5\)- Diagnóstico Diferencial.](#)
- [103.5.1\)- Con trastornos de la Afectividad.](#)
- [103.5.2\)- Con el Trastorno Por Déficit de Atención Con Hiperactividad.](#)
- [103.5.3\)- Con Otros Trastornos de Personalidad.](#)
- [103.6\)- Cuadro Clínico.](#)
- [103.6.1\)- Características Según el Sexo.](#)
- [103.6.2\)- Psicopatología I: Características Generales de las Personas Con TLP.](#)
- [103.6.3\)- Psicopatología II: Formas \(Tipología\) de la Personalidad Límite.](#)
- [103.6.4\)- Comorbilidad.](#)
- [103.6.5\)- Curso.](#)
- [103.7\)- Pronóstico.](#)
- [103.7.1\)- El Riesgo de Suicidio en el TLP.](#)
- [103.8\)- Tratamiento.](#)
- [103.8.1\)- Psicoterapia.](#)
- [103.8.1.1\)- Terapia Cognitivo Conductual.](#)
- [103.8.1.2\)- Terapia Dialéctica Conductual.](#)
- [103.8.1.3\)- Terapia Cognitiva Focal de Esquemas.](#)
- [103.8.1.4\)- Terapia Cognitivo-analítica.](#)
- [103.8.1.5\)- Psicoanálisis.](#)
- [103.8.1.6\)- Psicoterapia Enfocada a la Transferencia.](#)
- [103.8.1.7\)- Psicoterapia Basada en la Mentalización.](#)
- [103.8.1.8\)- Terapia de Pareja, Conyugal o de Familia.](#)
- [103.8.2\)- Medicación.](#)
- [103.8.2.1\)- Antidepresivos.](#)
- [103.8.2.2\)- Antipsicóticos.](#)
- [103.8.2.3\)- Otros.](#)
- [103.9\)- Servicios Mentales de Salud y Recuperación.](#)
- [103.9.1\)- Combinar la Farmacoterapia y la Psicoterapia.](#)
- [103.9.2\)- Dificultades en la Terapia.](#)
- [103.9.2.1\)- Otras Estrategias.](#)
- [103.10\)- Aspectos Sociológicos y Culturales.](#)
- [103.10.1\)- Coste Social del TLP.](#)
- [103.10.2\)- Referencias Culturales.](#)
- [103.11\)- Véase También.](#)
- [103.12\)- Referencias.](#)
- [103.13\)- Bibliografía.](#)
- [103.13.1\)- En Español.](#)
- [103.13.2\)- En Alemán.](#)
- [103.13.3\)- En inglés.](#)
- [103.14\)- Enlaces Externos.](#)
- [103.14.1\)- En Español.](#)
- [103.14.2\)- En Inglés.](#)

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- 103.1)- Epidemiología.

-Se estima que las cifras de [prevalencia](#) e [incidencia](#) del trastorno límite de la personalidad serían las siguientes:⁴⁵⁶:

- 0,2-1.8 % de la población general.
- 10-20 % de pacientes ambulatorios.
- 15 % de pacientes ingresados. Podría ser del 20 % y está creciendo rápidamente.⁷
- 50 % de los pacientes ingresados por trastornos de la personalidad.
- 76 % son mujeres.⁸ Esto supone una prevalencia mucho mayor en mujeres que en hombres, en concreto 3:1, aunque las razones no son claras.⁹
- 20-25 % provienen de familias estructuradas.
- La tasa de incidencia estaría situada en torno a 1/1510 o bien el 0,07 % anual.

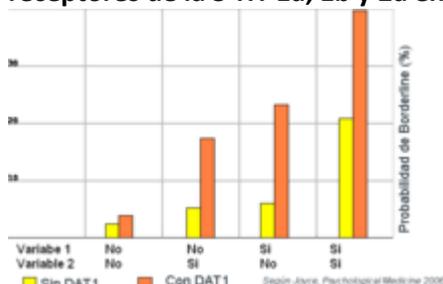
-Cabe la posibilidad, según estas fuentes, de que estas cifras sean inferiores a las reales, debido a las reticencias, que muestran los pacientes y al estigma social.

- 103.2)- Etiología.

- 103.2.1)- Factores Biológicos.

- Genética: -Algunos estudios habían observado una actividad metabólica reducida en el [córtex](#) prefrontal orbital y medial, en asociación con la agresividad e impulsividad (Brown *et al.*, 1982; Goyer, *et al.*, 1994 Raine *et al.*, 1997).

- Esto llevó a buscar algunos genes candidatos, que pudieran explicar estos síntomas, en especial, el de la triptófano hidrolasa (TPH), El transportador de la serotonina y los receptores de la 5-HT 1a, 1b y 2a entre otros.



- [Probabilidad](#) de aparición del trastorno borderline, ligado a ser portador del alelo DAT1 y a variables ambientales: Variable 1 = Educación negligente y con abusos, Variable 2 = disposición ([temperamento](#)) borderline. Según Joyce (2006):

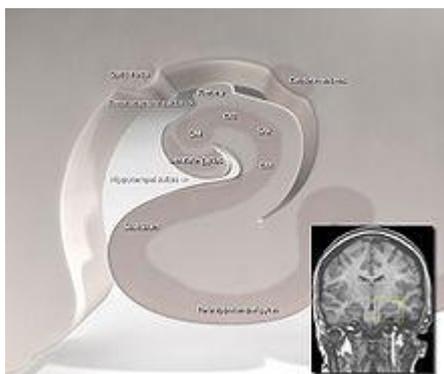
- - Péptido inhibidor de la gastrina: resultan destacables algunas líneas de investigación, dirigidas por [Eric Kandel](#), premio Nobel, neurobiólogo de la [Universidad de Columbia](#).¹⁰ Junto con Shumayatsky, Catherine Dulac, de la [Universidad de Harvard](#) y otros, publicaron un extenso estudio en el que, a partir de un modelo animal ([Ratones KO](#)), identificaban una red de señalización en el núcleo lateral de la amígdala importante para inhibir la [memoria](#) específicamente relacionada con el pánico aprendido. La publicación rastreaba la expresión de un gen, el Grp, que codifica el péptido liberador de la [gastrina](#), un [neurotransmisor](#) abundante en esa zona del cerebro. Cuando criaron ratones que no podían expresar ese gen (gen *knoqueado*) observaron que habían potenciado en gran medida sus respuestas de pánico aprendido y un proceso celular relacionado con el aprendizaje conocido como potenciación a largo plazo. Este trabajo ha provocado una cascada de

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

estudios para esclarecer los detalles de la red y se ha visto que está implicada la actividad eléctrica resonante/oscilatoria de las [neuronas](#) de proyección del núcleo lateral de la amígdala, dando coherencia a un conjunto de fenómenos que implican plasticidad neuronal y expresión de genes.¹¹ El sistema colinérgico podría estar implicado en el mantenimiento del sistema.¹² Los últimos trabajos de Kandel (marzo de 2007) revelan el papel central de la 5-hidroxitriptamina (5-HT) en la plasticidad neuronal induciendo la formación de [citoesqueleto](#).¹³

- - **Transportador de la serotonina:**- Recientemente un equipo del Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de [Barcelona](#), ha publicado un estudio realizado sobre pacientes diagnosticados con arreglo al cuestionario de Zuckerman-Kuhlman sobre la personalidad.¹⁴ Se evaluaron dos polimorfismos que habían sido asociados a los rasgos típicos del TLP: un alelo corto (S) en la región promotora del gen del transportador de la serotonina (5-HTT) y la presencia de 10 repeticiones variables en tándem (VNTR) en el intrón 2 del mismo gen. Sólo los homocigotos del alelo corto (S/S) mostraron una presencia significativa de los rasgos antedichos. El estudio sugiere que este gen podría desempeñar un papel significativo en la etiología de la enfermedad.
- - El receptor 2A de la serotonina ha sido asociado con los rasgos, pero no con el trastorno de la personalidad.¹⁵ El artículo no encontró una asociación significativa entre los polimorfismos del gen HT2AR y los pacientes TLP, pero si con los rasgos de conducta.
- - **Monoamino oxidasa A:** - Los mismos autores en otro estudio encuentran una asociación significativa entre los alelos de alta actividad del gen de la monoamino oxidasa [MAO](#) y el trastorno.¹⁶
- - **Transportador de dopamina:** - Un estudio llevado a cabo por Joyce, Kennedy y colaboradores ha encontrado una buena correlación entre el [alelo](#) DAT1 y TLP, esta asociación se mantuvo significativa cuando se incluyeron los factores de riesgo, el abuso+negligencia y el temperamento borderline durante la infancia.¹⁷

- 103.2.2)- Problemas de Tipo Fisiológico.



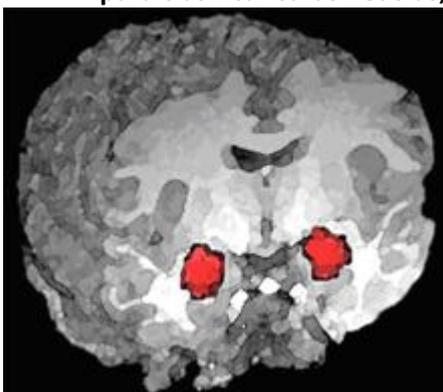
- Anatomía y posición del hipocampo en el cerebro.

- Glosario: Dentate gyrus: giro dentado; Optic tracts: tractos ópticos; Hippocampal sulcus: cisura hipocampal; caudate nucleus: núcleo caudado; CA1-3: campos del asta de Amón. CA4: hilio.

-Los principales serían la desregulación del [sistema límbico](#) y de algunos neurotransmisores, en especial de los sistemas [colinérgico](#) y [serotoninérgico](#).¹⁸ También disritmias en el [EEG](#).¹⁹²⁰ :

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- - Neurotransmisores: - Los [neurotransmisores](#) implicados en los rasgos del trastorno serían la [serotonina](#), [noradrenalina](#), acetilcolina (relacionada con varias emociones y con el humor); [ácido gamma-aminobutírico](#) (el mayor neurotransmisor inhibitor del cerebro, que puede estabilizar las fluctuaciones del estado de ánimo) y el [ácido glutámico](#) (un neurotransmisor responsable del placer) y la [dopamina](#).¹⁷ En particular, se sabe que la [fisostigmina](#), un estimulante colinérgico provoca respuestas extrañamente específicas en los TLP, como respuestas depresivas generales.²¹
- - Coordinación inmadura de redes neuronales: - Existen investigaciones que sugieren que algunas anomalías encontradas indican un fallo de coordinación entre redes cerebrales. Se ha visto que los pacientes muestran patrones de respuesta neural correspondientes a individuos más jóvenes, indicando un fallo en la maduración y desarrollo del sentido de la propia identidad.²²
- - Amígdala cerebral: - Algunos estudios basados en diversas técnicas de exploración por imágenes muestran que los mecanismos cerebrales subyacentes a la impulsividad, inestabilidad emocional, agresividad, ira y emociones negativas podrían estar en una desregulación de los circuitos neuronales que modulan las emociones.
- En especial, se han observado pequeñas diferencias individuales en como se regula la [amígdala](#), un núcleo cerebral que desencadena el pánico o la ira en respuesta a estímulos de peligro procedentes de otras áreas cerebrales. Algunos individuos tienen dificultades para inhibir esta respuesta desde el área prefrontal. Se sabe que el abuso de sustancias o el estrés empeoran esta capacidad de inhibición.²³²⁴ En 2003 se realizó un estudio sobre afectados de TLP, viendo que mostraban una actividad significativamente superior en la amígdala izquierda, en comparación con sujetos normales. Algunos pacientes con este trastorno incluso tenían dificultades para clasificar caras neutras, que veían como amenazantes.²⁵



-Posición de la [amígdala](#) en el [cerebro](#) humano. Es una reconstrucción tridimensional de una [imagen por resonancia magnética funcional \(fRMN\)](#) en el que se ve la amígdala activada

- - Conexiones amígdala-corteza-hipocampo: -Un estudio reciente muestra grandes cambios estructurales en la materia gris de las [regiones corticales](#) y subcorticales que recuerdan la distribución regional de activaciones funcionales debidas a estímulos emocionales y aunque la [histología](#) de los cambios en esta [materia gris](#) se desconoce en adultos humanos, lo observado es consistente con los modelos animales, que suponen un descenso numérico y de complejidad morfológica tanto en la amígdala como en el núcleo cingulado anterior.²⁶

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- Otros estudios han encontrado una disminución de tamaño significativa en el volumen del [hipocampo](#) y de la amígdala en síndromes con síntomas disociativos.²⁷ La diferencia de tamaño del [hipocampo](#), una estructura cerebral relacionada con la memoria, se ha establecido en un promedio de un 16 % menor (Driesden y otros, 2000) lo cual podría explicar dos rasgos asociados al TLP, la dificultad para aprender de la experiencia y los problemas para generar una identidad.²⁸ En cuanto a la disminución de volumen en la amígdala, estudios posteriores llevados a cabo por Tebartz (2007) confirmaron las cifras iniciales, encontrando un aumento correspondiente en la amígdala izquierda del 17 % en los contenidos de [creatina](#), posiblemente para compensar un deterioro en las redes neuronales.²⁹

- En realidad, las reducciones de la sustancia gris ya habían sido observadas anteriormente, pero se vinculaban especialmente a la comorbilidad con el trastorno esquizotípico, puesto que las imágenes eran semejantes en algunos aspectos a los de pacientes esquizofrénicos.³⁰:

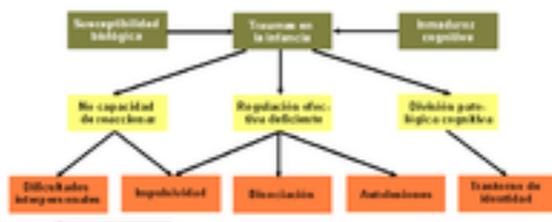
- -Hipófisis: cuando se examinó el volumen de la [hipófisis](#), sólo aquellos pacientes que habían sufrido traumas en la infancia mostraron un volumen menor del órgano, lo cual refleja en algunos casos fallos en el eje hipofisario-hipotalámico-adrenal, especialmente en los comórbidos con el [TEPT](#).³¹
- -Sistema límbico y otros sistemas: muchos estudios han encontrado disminución en el volumen de otras estructuras cerebrales, como las áreas [prefrontal](#), [límbica](#) y parietal.³²³³³⁴³⁵³⁶³⁷³⁸³⁹
 - - [Cuerpo calloso](#): existe un estudio muy reciente en el que se observa que las pacientes de TLP tienen un istmo del [cuerpo calloso](#) más delgado que el grupo sano. En el mismo grupo estudiado, también se observa una zona posterior del cuerpo calloso más delgada. Todos estos estudios sugieren que la conectividad estructural [interhemisférica](#) que implica las áreas [parietales](#) y [temporales](#) podría estar alterada en mujeres con TLP, especialmente en aquellas que presentan comorbilidad con el [trastorno por déficit de atención con hiperactividad](#).⁴⁰

Estos hallazgos serían consistentes con estudios que proponen un mecanismo semejante a un [ataque epiléptico parcial](#) como posible causa del TLP.⁴¹

- 103.3)- Patogenia.

Se considera que existen múltiples factores de tipo biológico, psicosocial y de aprendizaje y que éstos interactúan entre sí de forma transaccional e interactiva y no unidireccional,⁴² de forma que factores ambientales pueden modificar rasgos biológicos y viceversa.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -



-Modelo ecléctico-descriptivo del TLP

- La heterogeneidad de la población denominada «borderline» ,dio pie a la aparición de diversas teorías explicativas:

- - El modelo biológico, que considera que el trastorno representa un conjunto de síndromes clínicos, cada uno con un origen, curso y pronóstico propio. Propone tres subtipos de borderline:
 - el relacionado con la [esquizofrenia](#),
 - el relacionado con los [trastornos del estado de ánimo \(trastornos depresivos y bipolares\)](#)
 - el relacionado con trastornos cerebrales orgánicos.
- - Modelo ecléctico-descriptivo, también seguido por el *DSM*. Es de destacar la obra de [Gunderson](#) , que desarrolló la entrevista diagnóstica del trastorno borderline (DIB), utilizada actualmente para diagnosticar el trastorno en sujetos objeto de estudios clínicos. El DIB y el *DSM-IV* recogen los más recientes criterios para definir el TLP.
- - El modelo cognitivo considera el trastorno como resultado de esquemas y patrones [cognitivos](#) disfuncionales. [Robert J. Beck](#) , [1990](#), es su mayor representante.
- - Teoría biosocial del aprendizaje propuesta por [Millon](#) ,[1987](#),: según su teoría, el patrón borderline de personalidad resulta del deterioro de patrones previos no tan graves. Millon, hace hincapié en los muy diferentes antecedentes y [anamnesis](#) de los pacientes borderline. Se propone la interacción recíproca de factores biológicos y aprendizaje social en el origen del trastorno.
- - Modelo dialéctico: . Desarrollado a partir del anterior por [Linehan](#) , [1993](#). Según éste, la mayoría de los comportamientos del TLP se pueden explicar como resultado de errores dialécticos (o de diálogo) entre los polos opuestos en los que a menudo se mueve el borderline. Un ambiente invalidante se considera como uno de los factores que contribuyen al desarrollo del TLP. La propuesta de Linehan difiere en algunos aspectos de los modelos cognitivo, conductual y biológico clásicos y supone un original y prometedor abordaje terapéutico del TLP.
- - Modelos convergentes:- En estos modelos se van descubriendo qué mecanismos neurobiológicos concretos : [neurobioquímica](#), [neuroplasticidad](#), y [desarrollo embrionario](#), que permiten el diálogo entre la base biológica y el ambiente, para explicar la [variabilidad](#) y el curso del trastorno. La aparición de este tipo de modelos convergentes comenzó a entrecruzarse a finales de los [años 1990](#), en especial la palabra «convergente» se emplea en una revisión por Richard Davidson (2000).⁴³

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- Básicamente se parte de un [modelo de diátesis-estrés](#). Suomi, Higley y su equipo de colaboradores, realizó trabajos en un grupo extraordinariamente extenso (256 sujetos) de [monos rhesus](#) entre los que existía un grupo con una variante de la [monoamino oxidasa](#), MAO-A, en los que se estudiaban los factores [epigenéticos](#) en el desarrollo de conductas agresivas-impulsivas posteriores.⁴⁴ Se vio que los cuidados maternos en la temprana infancia eliminaban la posterior aparición de inadaptaciones sociales, violencia e impulsividad asociadas al gen. En este sentido, los trabajos de Michael Meaney, miembro del consejo asesor científico de la Fundación para el estudio del Trastorno límite de la personalidad, llevados a cabo en ratas, se complementan con los anteriores, verificando que niveles elevados de [cortisol](#) (señal de estrés) en esta etapa, endógenos o inducidos provocan alteraciones de conducta posteriores y que los cuidados maternos producen efectos epigenéticos, vía [metilación del ADN](#), que pueden evitar su aparición.⁴⁵ Así pues, las bases que según Meaney afectan al desarrollo posterior del sujeto:^{46,47}

1. -Están mediados por el [EHHA](#)
2. -El efecto procede de glucocorticoides a través de su receptor en el [hipocampo](#).
3. -Las situaciones adversas ambientales alteran la fisiología y conducta maternas, que de esa manera programan la actividad del EHHA en la descendencia. Pero los cuidados maternos suprimen este efecto estimulando la expresión del factor de transcripción inducible nervioso (NGFI).

- Por último, Tremblay ha explorado la verificación de este mecanismo en seres humanos a través de estudios con amplísimas muestras, en los que demuestra que las conductas impulsivas y violentas aparecen entre los 17 meses y los cuatro años y que en la eliminación de esta conducta son importantes los cuidados maternos.⁴⁸ :

- - Teoría polivagal.⁴⁹ : Es una de las más novedosas. La [Teoría polivagal](#) afirma que una consecuencia de la especialización metabólica de los mamíferos es la adquisición de un núcleo adicional en el [nervio vago](#), el núcleo ambiguo, que efectúa un control «inteligente» o emocional sobre los sistemas visceromotores, y en especial sobre el ritmo cardíaco, donde es responsable de la [arritmia sinusal respiratoria](#). Varias funciones motoras relacionadas con la emoción controladas por otros [pares craneales](#), por ejemplo, la expresión facial, han sido interceptadas y moduladas por [neuronas](#) pertenecientes a este núcleo. Estudios recientes ponen de manifiesto que los pacientes TLP tienen alterada la capacidad de inhibir el periodo cardíaco ante estímulos emocionales estresantes.⁵⁰
- - Eje HHA: Las teorías anteriores son compatibles con observaciones que vinculan el TLP a una disfunción del [eje hipotalámico-hipofisario-adrenal](#). Es de destacar el trabajo del departamento de psiquiatría del hospital clínico San Marcos de Madrid pues verifica un aumento de la inhibición retroalimentada del eje HHA en pacientes sin antecedentes de estrés post-traumático.⁵¹

- 103.4)- Diagnóstico.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**



- *Joven interrumpida en su música*, óleo de [Jan Vermeer](#) que sirve de inspiración a Sussana Kaysen, afectada de *borderline*, para poner título a sus memorias, [Inocencia interrumpida](#).

- El [diagnóstico](#) del TLP se enfrenta a varios desafíos:

- - Los rasgos de la [personalidad](#) también pueden estar originados por afecciones físicas. Para eliminar confusiones se realiza una evaluación inicial.
- -Otros trastornos pueden tener [síntomas](#) similares, pero diferentes en cuanto a variables significativas (duración, percepción por el sujeto, etc.). Por tanto, es necesario tener en cuenta las pautas de [diagnóstico diferencial](#).
- -Con muy alta probabilidad el paciente también padecerá, simultáneamente, otros [trastornos de la personalidad](#), incluso aquellos para los que se necesita el diagnóstico diferencial para distinguirlos. Se dice que, en ese caso, existen [comorbilidades](#).
- -Por último, la [personalidad límite](#) es un «[constructo](#)», a veces muy discutido. Los profesionales emplean, convencionalmente, manuales y protocolos oficiales. Sin embargo, todos los pacientes son distintos, incluso a lo largo del historial del propio paciente varían las manifestaciones de la afección. Si esto es válido para otros trastornos, lo es mucho más para el TLP.

- Por todo lo anterior, la [diagnos](#)is puede ser un proceso largo y complejo, que a menudo dura años y se efectúa tras diagnósticos anteriores erróneos o incompletos. Para establecerlo, el profesional se basa en las experiencias declaradas por el paciente, así como los marcadores del trastorno observados por un [psiquiatra](#), [psicólogo](#) clínico u otro diagnosticador cualificado a través de la [evaluación clínica](#). Este perfil puede ser corroborado o no por pautas de conducta a largo plazo, informes de familiares, amigos o compañeros de trabajo. El listado más utilizado de criterios que se deben encontrar para el diagnóstico suele ser el [DSM-IV](#).

- 103.4.1)- Evaluación Inicial.

- La evaluación inicial generalmente consta de un historial personal y familiar, también puede añadir un examen físico por parte de un facultativo. Aunque no existen test fisiológicos que confirmen el TLP, se pueden emplear test médicos para excluir cualquier otra afección que se presente con síntomas psiquiátricos:

- - Se procedería a realizar análisis de sangre para medir niveles de [TSH](#), para excluir el [hipotiroidismo](#), [electrolitos](#) básicos y [calcio](#) sérico y para descartar un desarreglo metabólico.
- - Un [hemograma](#) que incluya la [velocidad de sedimentación globular](#) para descartar una infección sistémica o enfermedades crónicas.

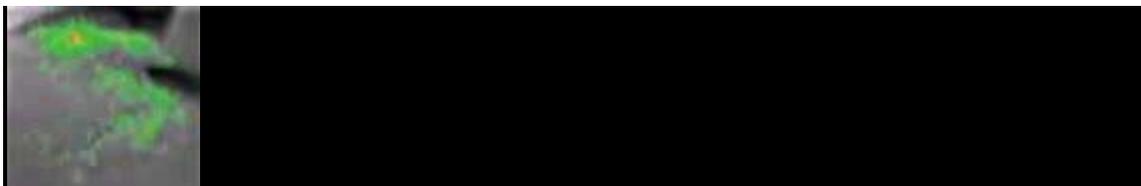
LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- - Una [serología](#) para excluir infecciones por [sífilis](#) o [VIH](#).
 - - Dos pruebas que se encargan habitualmente son el [electroencefalograma](#) y la [tomografía axial computarizada](#), para excluir lesiones cerebrales.
- Entre otros instrumentos de evaluación psicológica, están los [cuestionarios de personalidad](#). Algunos de los más empleados son:⁵² :
- Diagnostic Interview for Borderline Personality- Revised ® (DIBR).
 - Kernberg's Borderline Personality Inventory ® (BPI).
 - Millon Clinical Multiaxial Inventory III ® (MCMI-III).
 - Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 ® (MMPI).
 - Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200).
 - Structured Clinical Interview for *DSM-IV* Axis II Personality Disorders ® (SCID-II).
 - Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ)- acentúa más los aspectos psicobiológicos de la personalidad.

- 103.4.2)- Semiología Adicional del TLP y Biomarcadores.

- Se han observado algunos de los siguientes [signos](#) en las funciones orgánicas de los afectados por TLP:

- Prueba de la supresión de la [dexametasona](#) como [biomarcador](#) del TLP. Los resultados son ambiguos y parecen tener mayor validez para pacientes comórbidos con el [trastorno por estrés postraumático](#).⁵³



- Vídeo realizado por Raag Dar Airan ([Universidad de Stanford](#)) , de los circuitos neuronales del [giro dentado del hipocampo](#) en [cerebro](#) de rata. Está realizado mediante una nueva técnica⁵⁴ que permite visualizar en tiempo real la actividad cerebral. Se observa como se activa esta zona del cerebro en respuesta a la estimulación eléctrica. La técnica pone de manifiesto los circuitos [neuronales](#) subyacentes a [trastorno de la personalidad](#) como la [depresión](#) o el TLP:

- -Se observan síntomas de tiroidismo en muchos pacientes borderline: aproximadamente un tercio de los borderline tienen una [tirotrópina](#) reactiva con [hormona liberadora de tirotrópina](#) debilitada.⁵⁵ También se encuentran frecuentemente [anticuerpos antitiroideos](#).
- -Afectación [neurológica](#) leve: marcha ligeramente [atáxica](#), confusión derecha-izquierda o [pronación-supinación](#). También en la pinza índice-[póllex](#).
- -Irregularidades en el [sueño paradójico](#).⁵⁶ Otro estudio parece probar que esto no afecta a la [memoria](#) declarativa y procedimental.⁵⁷
- -Reacciones anómalas a medicamentos:
 - -[Procaína](#) y [anestésicos opioides](#): esto es debido a que, en parte, existe una mayor irritabilidad [límbica](#) en el TLP. La administración de [procaína](#),

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- estimulante de las estructuras paralímbicas, como la [amígdala cerebral](#) y el [córtex cingulado](#), provoca más irritabilidad y cambios de humor en los TLP.⁵⁸
- -Los periodos de impregnación de algunos [fármacos](#) son bastante mayores y necesitan también mayores dosis (véase [medicación](#) en este mismo artículo).
 - -El [alprazolam](#) puede empeorar de forma destacable el descontrol de la [conducta](#) del enfermo.
 - -La [Amitriptilina](#) aumenta las amenazas de suicidio, la dependencia y tendencias agresivas, así como la ideación paranoide,⁵⁹ especialmente en niños y adolescentes que comienzan a desarrollar el trastorno o con menor frecuencia ya han debutado.⁶⁰
 - -Anormalidades en el [electroencefalograma](#): [potenciales evocados](#) auditivos [P300](#) anormales. Algunos rasgos son típicos también de la [esquizofrenia](#)⁶¹ y en general casi no se puede diferenciar del [trastorno esquizotípico](#),⁶² por lo cual se pensó en principio en un origen común de la enfermedad.
 - -Anormalidades en la bioquímica y función de la [serotonina sérica](#) que se pone de manifiesto especialmente en las [plaquetas](#), sobre todo con el transportador de la serotonina:
 - -Problemas en el transportador plaquetario de serotonina⁶³ y la actividad de la [monoamino oxidasa](#).⁶⁴
 - -La [paroxetina](#), un ISRS (Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina), tiene una capacidad de unión menor a esta [enzima](#) plaquetaria.⁶⁵
 - -Nivel bajo de [melatonina](#).⁶⁶
 - -Transporte de iones bajo, en especial [litio](#).⁶⁷
 - -Anormalidades en la [tomografía axial computarizada](#) de cabeza.
 - -En opinión de algunos expertos, se suelen encontrar niveles bajos de [vitamina B12](#) en los pacientes.⁶⁸

- 103.4.3)- Criterios del *DSM-IV-TR*.

- El *DSM-IV-TR*, un manual ampliamente utilizado como guía para diagnosticar [trastornos mentales](#), define el TLP como «[...] un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en la afectividad y una notable impulsividad que comienzan al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos».⁶⁹ El TLP se clasifica dentro del «Eje II» como una afección subyacente generalizada o de la personalidad, en lugar de en el «Eje I» que engloba trastornos más limitados. Para realizar un diagnóstico de acuerdo al TLP se necesita *al menos cinco de los nueve criterios* enumerados más abajo siempre que al mismo tiempo estén presentes durante un periodo considerable de tiempo. - Así pues, existen 256 combinaciones de síntomas que podrían producir un diagnóstico, de las cuales 136 han sido descritas en la práctica en algún estudio.⁷⁰ Los criterios son:²:

- Criterios diagnósticos según el DSM-IV:

1. -Inestabilidad [afectiva](#) debida a una notable reactividad del [estado de ánimo](#) (p. ej., episodios de intensa [disforia](#), irritabilidad o [ansiedad](#), que suelen durar unas horas y

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- rara vez unos días).
2. -[Ira](#) inapropiada e intensa o dificultades para controlarla (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
 3. -Sentimientos crónicos de vacío o inutilidad.
 4. -Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de [automutilación](#).
 5. -Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por extremos de [idealización](#) y devaluación.
 6. -Impulsividad en al menos dos áreas que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 4.
 7. -Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: no incluir los [comportamientos suicidas](#) o de automutilación que se recogen en el criterio 4.
 8. -Alteración de la [identidad](#): autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
 9. -Ideación [paranoide](#) transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

- Desde 2013 este manual ha sido sustituido por una nueva edición, el [DSM 5](#). Tanto el nombre, como la definición y los criterios diagnósticos de la afección, no han sufrido cambios. Lo más notable es que en esta edición, se abandona el enfoque diagnóstico multiaxial, de modo que no existen ejes. Muchos críticos abogan por que se abandone la clasificación del TLP, como un trastorno de la personalidad, y pase a ser un problema clínico.
[71](#).

- 103.4.4)- Otros Sistemas Diagnósticos Distintos al *DSM*.

- El [CIE-10](#) de la [Organización Mundial de la Salud](#), tiene un diagnóstico comparable, llamado «trastorno de la personalidad emocionalmente inestable-tipo borderline» (F60.31). Esto requiere, además de los criterios generales para un trastorno de la personalidad: perturbaciones e incertidumbre sobre la [autoimagen](#), las metas y las preferencias internas (incluida la sexual); propensión a implicarse en relaciones intensas e inestables que en ocasiones conducen a crisis emocionales; esfuerzos excesivos para evitar el [abandono](#), intentos recurrentes o actos de infligirse daños a sí mismo y sentimientos crónicos de vacío.

-La guía clínica usada en [China](#), para el diagnóstico de [trastornos mentales](#), la [CCMD](#) de la Sociedad China de Psiquiatría, tiene un diagnóstico comparable, llamado «diagnóstico impulsivo de la personalidad». Un paciente diagnosticado de DPI debe mostrar «explosiones afectivas» y una marcada «conducta impulsiva», además de al menos tres de otros ocho síntomas. Este constructo ha sido descrito como un híbrido de los subtipos impulsivo y borderline del trastorno de la personalidad emocionalmente inestable, y también incorpora seis de los nueve criterios del *DSM-IV*.⁷².

- 103.5)- Diagnóstico Diferencial. [

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 103.5.1)- Con trastornos de la afectividad.

Diferencia de síntomas entre TLP y otros trastornos		
Síntoma	En TLP	En otros trastornos
Depresión	Ánimo bajo corto, subclínico e intermitente	Ánimo bajo extenso y continuo
Cambios de humor	Muy rápidos: días u horas. reactivos	En TAB dura semanas. Sin desencadenante
Disfunción cognitiva	Alucinación en situac. de estrés . Se da cuenta.	En esquizofr. Alucinación continua y no reconocida.
Ideación paranoide	Tendencias no delusivas	Esquizofrenia: delusiones fijadas
Despersonalización	Sensaciones de irrealidad cuando aparece estrés	Poco frecuente

-El trastorno límite de la personalidad suele ser coocurrente con trastornos del estado de ánimo. Algunos rasgos del TLP pueden incluso solaparse con esos mismos trastornos, complicando una evaluación diagnóstica diferencial.⁷³⁷⁴⁷⁵

-Ambos diagnósticos implican síntomas conocidos comúnmente como «oscilaciones emocionales». En el **trastorno bipolar**, el término se refiere a episodios cíclicos de ánimo elevado y deprimido que generalmente dura semanas o meses. En la variante cicladora rápida de este trastorno hay más de cuatro episodios al año, pero incluso en este caso las oscilaciones se mantienen más que en el TLP.

-La situación de un borderline supone una marcada **labilidad** y reactividad emocional a la que se suele denominar **desregulación emocional**. El comportamiento típico se produce en respuesta a factores externos psicosociales y a estresantes intrapsíquicos y pueden surgir o desaparecer repentina y dramáticamente y durar segundos, minutos, horas o días.

- La depresión bipolar es más generalizada, con trastornos del apetito y del sueño, así como una marcada ausencia de reactividad emocional, mientras que el estado de ánimo de una personalidad TLP con co-ocurrencia de **distimia** permanece destacablemente reactiva y sin trastornos agudos del sueño.⁷⁶

-Hay un debate sobre la relación entre el trastorno bipolar y el TLP. Algunos sostienen que este último representa una forma subumbral del trastorno afectivo,⁷⁷⁸ mientras que otros mantienen la distinción entre trastornos, aunque hay que hacer notar que suelen darse simultáneamente.⁷⁹⁸⁰

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- 103.5.2)- Con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

- Las ausencias mentales que se observan en los TLP suelen estar condicionadas por disociaciones y existen de un modo fásico. En los TDAH la atención está generalmente reducida (baja capacidad de atención y facilidad para despistarse). Si se ve la hipersensibilidad y la impulsividad de los afectados de TDAH como rasgos de origen genético, entonces todas esas características son correspondientes a las de los del TLP. Si esto fuera así, todas las personas con TDAH estarían destinadas a desarrollar TLP.

- 103.5.3)- Con Otros Trastornos de Personalidad.

- Según *DSM-IV*, en el diagnóstico diferencial con otros [trastornos de la personalidad](#) se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- -Con el [trastorno histriónico de la personalidad](#) se comparte el cambio rápido de emociones, la manipulación y los intentos de llamar la atención, pero los TLP son autodestructivos, rompen con ira las relaciones y sienten vacío.
- -Con el [trastorno esquizotípico de la personalidad](#) comparten la ideación paranoide, pero en TLP es pasajero y depende del entorno (reactivo).
- -Con los [trastornos paranoide](#) y [narcisista de la personalidad](#) comparte la ira inapropiada, pero éstos son menos impulsivos y tienen una identidad personal más estable, no les preocupa tanto el abandono y no son autodestructivos.
- -Con el [trastorno de la personalidad por dependencia](#) comparte el miedo al abandono, pero a diferencia del TLP se reacciona con sumisión.

- 103.6)- Cuadro Clínico.

- 103.6.1)- Características Según el Sexo.

- La primera diferencia significativa es la mayor [prevalencia](#) (3:1) en mujeres, que en hombres. Al ser tan llamativa, ha generado todo tipo de investigaciones. Existen dos opciones para explicar esta diferencia. La primera es que existe algún tipo de defecto de diseño (bías o [sesgo estadístico](#)) en los instrumentos de observación estadística. La segunda es que realmente existen diferencias sociales o biológicas. En cuanto a las causas por las que hay más diagnósticos (no casos, puesto que posiblemente no se conoce exactamente la prevalencia real en hombres) serían: el abuso sexual, que es común en los historiales de TLP, se dan más en mujeres; las mujeres experimentan más mensajes inconsistentes e invalidantes; las mujeres son socializadas para ser más dependientes; al publicarse una mayor prevalencia, los profesionales tienden a dar más diagnósticos de TLP a mujeres; los hombres tienden, por el estigma social, a buscar menos ayuda psiquiátrica; los hombres son tratados de adicciones y los síntomas borderline pasan desapercibidos porque se supone que el TLP es «cosa de mujeres» y en definitiva: mientras que las mujeres TLP acaban en el sistema de salud, los hombres acaban en la cárcel (ver coste social).⁸¹

-En general, ambos géneros comparten más similitudes que diferencias. Sin embargo, algunos estudios epidemiológicos señalan que el curso del trastorno suele presentar diferencias características de género.⁸² En especial:

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- - Los varones con TLP suelen tener con más frecuencia problemas con el abuso de sustancias y comorbilidad con el [trastorno narcisista](#), [trastorno esquizotípico](#) y [trastorno antisocial](#).
- -Las mujeres, por el contrario, tienen más posibilidad de padecer [trastorno por estrés postraumático](#), trastornos alimentarios y de la identidad. Sin embargo, al revisar en el mismo estudio algunas diferencias que se presentan más en mujeres, como la depresión mayor, tienen una tasa de prevalencia semejante en ambos sexos cuando se padece TLP.

-Por otra parte, un estudio más amplio y reciente (muestra: 25 hombres y 138 mujeres) encuentra las siguientes diferencias:⁸³ :

- Las mujeres con TLP tienen mayor probabilidad de padecer [trastorno por ansiedad generalizada](#), [trastornos somatoformes](#) y [trastornos histriónicos](#). Tienen mayores tasas de depresión, ansiedad, obsesión-compulsión, disfunciones en el desempeño de tareas y afectividad negativa. También tienen más probabilidades de manifestar el criterio *DSM-IV* de paranoia-disociación. Asimismo, las mujeres mostraron peores condiciones en cuanto a roles emocionales, sociales y funcionamiento de la salud mental que los varones, según el formulario corto 36 del Health Survey.
- En adolescentes se han observado los mismos síntomas y fenomenología que en los adultos. En especial, los chicos TLP son más [agresivos](#), disruptivos y antisociales, en tanto que las chicas muestran cuatro subgrupos, las de alta internalización, con trastorno histriónico, depresivas internalizantes y atrabiliarias externalizantes.⁸⁴
- El trastorno antisocial es más comórbido en varones. No se observan, contrariamente a lo esperado, diferencias en el uso de servicios de salud mental entre ambos sexos.

- Asimismo, existen trabajos recientes, realizados en modelos animales, que muestran diferencias importantes de género en como se modulan algunos aminoácidos o en el transportador de la serotonina, uno de los que han sido implicados en vulnerabilidades que pueden conducir al trastorno.⁸⁵ .

- 103.6.2)- Psicopatología I: Características Generales de las Personas con TLP.

- *Para una información más detallada véase Apartados II y III:*

-Se ha dicho que probablemente no existe un trastorno mental que haya suscitado tanta literatura, aunque muy poca de ella se basa en [investigación empírica](#).⁸⁶

- - Aversión:- Los estudios sugieren que los individuos con TLP tienden a experimentar frecuentes y severos estados de tensión aversiva, de larga duración y a menudo desencadenados por rechazo perceptivo solamente o bien por fallos en la [percepción](#).⁸⁷
- -Labilidad:- Los individuos que padecen TLP pueden mostrar [labilidad emocional](#) entre la ira y la ansiedad o depresión y ansiedad.⁸⁸ También sensibilidad temperamental a los estímulos emocionales.⁸⁹
- - Los estados emocionales negativos que están particularmente asociados con el TLP han sido agrupados en tres categorías: sentimientos de destructividad o [autodestructividad](#), sentimientos de fragmentación o ausencia de identidad y sentimientos de victimización.⁹⁰

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- - Extrema sensibilidad hacia la forma de trato de los demás hacia ellos, reaccionando energicamente cuando perciben críticas o comentarios hirientes u ofensivos.
 - - Cambios (pueden ser muy rápidos) de positivo a negativo:
 - -En sus sentimientos hacia los demás, generalmente tras una decepción o la percepción de que van a perder a alguien. Estudios sobre la generación de vínculos afectivos por parte del sujeto sugiere que los afectados, aunque con elevada búsqueda de la intimidad o la novedad, pueden estar en ambos casos en un estado de hiperalerta.⁸⁶ También aparecen signos de rechazo o de invalidación y tienden a ser inseguros, [evitativos](#), ambivalentes o a mostrar pautas de preocupación y temor en sus relaciones.⁹¹
 - -La autoimagen también cambia rápidamente de extremadamente positiva a extremadamente negativa.
 - - Conductas impulsivas, como el alcohol o las [toxicomanías](#), el sexo no seguro, la [ludopatía](#) y conductas imprudentes en general.⁹²
 - -Tienden a ver el mundo generalmente como peligroso y malvado y a verse a sí mismos como impotentes, vulnerables, no dignos de aceptación e inseguros en su identidad.⁸⁶
 - -Manipulación: los afectados de TLP son descritos a menudo, incluso por algunos profesionales de la salud mental y el *DSM-IV*,⁶⁹ como deliberadamente manipuladores o personas difíciles, pero al analizar esta conducta se ve que son [conductas defensivas](#) por su impotencia contra su dolor interno y turbación o bien limitadas a competencias y habilidades sociales.⁹³⁹⁴⁹⁵
 - - Familia: existe un cierto número limitado de investigaciones sobre la comprensión de los miembros de una familia de un TLP sobre el problema y la sensación de llevar una carga o las emociones negativas experimentadas o expresadas por los miembros de la familia.⁹⁶ Los padres y madres de los sujetos con TLP manifiestan extremos de sobreimplicación y desentendimiento.⁹⁷
 - - Relaciones de pareja: el TLP ha sido relacionado con una especie de niveles exacerbados de [estrés](#) crónico y conflicto en relaciones románticas, insatisfacción con sus compañeros románticos, abusos y embarazos no deseados. Estas vinculaciones pueden ser en gran medida generales para todos los trastornos de la personalidad y, en realidad, problemas subsindrómicos⁹⁸ pero estos temas son comúnmente tratados en grupos de apoyo y la literatura publicada para compañeros sentimentales de sujetos que padecen TLP.
- 103.6.3)- Psicopatología II: Formas (Tipología) de la Personalidad Límite.
- Un rasgo especial del TLP, es que puede manifestarse con distintas tipologías. Además, los síntomas pueden cambiar a lo largo del tiempo, de modo que los sucesivos diagnósticos sólo mostrarían una «instantánea» del trastorno. Sin embargo, para Kernberg, la «[organización límite de la personalidad](#)» es común a todas ellas. Volkan y Branch (1992) ven la personalidad borderline como una escala. En el punto más bajo estarían los pacientes menos severos, aquellos que casi siempre se comportan como neuróticos. Los pacientes en los escalones superiores (TLP severos) tienen un mayor número de fases [psicóticas](#).
- De acuerdo con lo establecido por diferentes expertos, apenas existe un paciente con TLP que no cumpla los criterios de al menos otro trastorno de la personalidad y en los casos más

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

graves es posible incluso que hasta siete (Loranger et al.1994, Bronisch 2005). En general hay un alto grado de comorbilidad entre estos pacientes. Distintos artículos bien conocidos critican que los criterios CIE y *DSM* para los trastornos de la personalidad asignan a los pacientes a categorías poco útiles, puesto que éstas forman un continuo. A este tipo de investigadores pertenecen Kernberg, Fiedler, Dulz, Plakun, McGlashan, Heinsen, Ronnigstam y algunos otros. Con respecto al TLP esto quiere decir que las clasificaciones actuales del CIE y el *DSM*, como ya se ha dicho, existen solo en el papel y no suelen aplicarse en la investigación actual.

- Niveles sintomáticos: -Birger Dulz, 2001, introdujo una clasificación de los TLP en contacto con los factores antes mencionados en subtipos, los así llamados «niveles sintomáticos». Se orientan hacia otros trastornos de la personalidad, distinguiéndose, no obstante, de la [neurosis](#) y la [psicosis](#). Según Dulz, es raro que en las formas más severas de TLP haya un único nivel sintomático.

-Esta clasificación se amplió al incluirse el modelo de Stone (1994). Según éste, los TLP divergían entre un factor ofensivo (llamado factor agresivo) y un «factor pasivo» (llamado factor autoagresivo). El factor ofensivo se atribuye primariamente a abusos físicos graves que sufrieron los afectados. El factor pasivo se atribuye al [abuso sexual](#) primario.

-El nivel sintomático de [temor](#) (al que se refiere como el estadio más maduro) representa una forma más leve. Aquí la estructura del [Yo](#) es por lo menos lo suficientemente estable como para que el síntoma central se transforme en un miedo indefinido que se manifiesta abiertamente. Con los casos más severos, la estructura del Yo es más inestable y los grados de temor son mayores, lo que conduce a una exteriorización de los [sentimientos](#) de temor más intensa (referido como estructura escindida) y son encubiertos o convertidos por otros síntomas.

-Niveles sintomáticos:

Nivel sintomático	Rasgos generales	Autoagresividad	Heteroagresividad
Nivel sintomático de temor (forma más leve del TLP)	Temores crónicos imprecisos y difusos, evitación de ciertas actividades, en muchas áreas de la vida	Temor, sensaciones de impotencia	Apartamiento de lo temido como negación del contacto (actos de agresividad oculta)
Nivel sintomático fobiforme	La multiplicidad de fobias provocan limitación social, fobias respecto a objetos externos y el propio cuerpo y persona	Desde fobia con apartamiento a evitación de lo temido	Apartarse de lo temido como evitación de contacto (acto de agresividad oculta)
Nivel sintomático depresivo	Emoción depresiva, sentimientos de impotencia (a menudo como consecuencia de una ruptura de la autoimagen)	Vacío objetual, depresividad, anhedonia	Impotencia objetual, furia
Nivel sintomático psicossomático	trastornos psicossomáticos y daños, conflictos y miedo difuso transferido al nivel físico desde el emocional	Anorexia nerviosa , bulimia (agresión dirigida contra el propio cuerpo)	Anorexia: cuando se actúa agresivamente: p. ej. contra los padres.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

			También acciones heteroagresivas
Nivel sintomático narcisista	Vacío interior, pérdida del autocontrol como un intento de reducir los temores, instrumentalización del otro, arrogancia, presunción, exigencias	conducta autolesiva y/o Suicida tras un pretendido agravio , Antisocial ; delincuencia autoagresiva, drogas, juego, sexualidad de riesgo	Furia y ataque contra los agravios, antisocial; heteroagresividad
Nivel sintomático obsesivo	Reducción de la tensión por compulsiones y por pensamiento imperativo, preconcepciones prematuras y difíciles de cambiar, dificultades para expresar sentimientos acogedores	Compulsiones, pensamiento imperativo con contenidos autoagresivos	Pensamiento compulsivo con contenidos heteroagresivos
Nivel sintomático histeroide (forma severa o muy severa de TLP)	Síntomas disociativos severos hasta llegar a trastorno de la identidad disociativa, bloqueos, amnesia , conducta manipulativa, plurimorfismo, síntomas extraños de conversión parcial, para expresar dramatizaciones sobre emociones intensas, y además para ajustar sentimientos de vacío (vacío afectivo)	autolesiones con disociación, afecciones de personalidad autoagresiva, conversión, sugestibilidad	Ataques contra la disociación, trastornos de la personalidad heteroagresivos, dramatización
Nivel sintomático psicótico (forma muy severa de TLP)	Síntomas psicóticos, pseudoalucinaciones ópticas y acústicas, de flashbacks (reexperimentación), los temores difusos se transforman en síntomas paranoides y las autolesiones en antipsicóticos	Pseudoalucinaciones, respuestas disociativas, en el caso extremo TDI p. ej. como voces insultantes, de contenidos agresivos, síntomas paranoides con reacciones autoagresivas	Pseudoalucinaciones, respuestas disociativas, en casos extremos TDI, así como otros contenidos direccionales, síntomas paranoides con reacciones autoagresivas

- 103.6.4)- Comorbilidad.

- Del TLP se ha dicho en ocasiones que es el «paradigma de la [comorbilidad](#)» (Martínez Raga y otros, 2005). Supone que algunas afecciones suelen aparecer conjuntamente con el TLP. Cuando se comparan individuos diagnosticados de TLP con otros diagnosticados de otro tipo de trastornos, los primeros muestran una elevada tasa de cumplimiento de criterios para: ⁹⁹ :

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- Trastornos por [ansiedad](#).
 - Trastornos de la afectividad, incluyendo [depresión](#) clínica y [trastorno bipolar](#).
 - [Trastorno narcisista](#).
 - Trastornos de la alimentación, incluyendo [anorexia nerviosa](#) y [bulimia](#).
 - Con menor frecuencia, [trastornos somatomorfos](#).
- El abuso de sustancias es un problema común en el TLP, tanto si es debido a la impulsividad o bien a un mecanismo para soportar otros síntomas y entre un 50-70 % de los pacientes psiquiátricos con TLP cumplen el criterio de un trastorno por abuso de sustancias.¹⁰⁰ .
- Depresión: -Entre un 80 y un 100 % de los pacientes con TLP, pueden cursar con depresión endógena, o bien con depresión mayor o «trastornos afectivos unipolares» para diferenciarlas con los «trastornos afectivos bipolares». Estas cifras son inciertas porque las depresiones endógenas pueden aparecer ocasionalmente en algún momento de la vida y desaparecer también ocasionalmente. Por tanto, se necesita estudios a largo plazo y no siempre se puede registrar el dato claramente.
- El dato distintivo de otros «trastornos de la afectividad» es la «inestabilidad afectiva» que muestran las personas afectadas de TLP. También se debe diferenciar de las depresiones reactivas, que surgen como respuesta a grandes cambios ambientales (p. ej. en situaciones problemáticas de la vida). Estas formas de depresión se pueden dar individualmente o ambas conjuntamente con el TLP en diferentes grados.
- Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH): -Trabajos recientes indican que la mitad de los pacientes de TLP muestran antecedentes de [TDAH](#) (Bohus, 2004). En tales casos la capacidad para la integración social, en particular en la vida profesional, encuentra dificultades extremas. En cualquier caso se encuentran en muchos estudios similitudes entre las dos [patologías](#).¹⁰¹ Este conjunto de características compartidas crea confusiones en algunos diagnósticos. Un artículo señala una elevada prevalencia de este trastorno en la infancia de los afectados, indicándolo además como un factor comórbido que potencialmente agrava los síntomas.¹⁰²
- Otras: -Los pacientes de TLP tienen normalmente diferentes [afecciones psicósomáticas](#) que pueden ser diferentes y complejas. Las típicas son dolores de cabeza, estómago delicado, sobrecarga neural y otros numerosos síntomas orgánicos. De un 21 a un 67 % de las personas afectadas intenta acceder a sustancias de las que abusa y/o sufre enfermedades «de moda». Aproximadamente el 14 % de ellas consisten en [trastornos de la alimentación](#) (Bohus, Unckel 2005), bulimia y más raramente anorexia, excepto en el caso de la comorbilidad con el trastorno bipolar, en cuyo caso no existe una correlación destacable.
- 103.6.5)- Curso.
- El TLP es un trastorno de inicio temprano y de curso [crónico](#). Se puede manifestar ya en las primeras etapas de la infancia, en la [adolescencia](#) o en el inicio de la [edad adulta](#). De cualquier forma ha de manifestarse antes de los 25 años. Los casos en que aparece más precozmente suelen tener peor pronóstico sobre todo si van acompañados en la adolescencia de abuso de sustancias, conductas suicidas y parasuicidas y conductas auto destructivas. Los años de mayor prevalencia del trastorno suele ser entre los 20 años y los 35 años, justo en el periodo en que el individuo tiene que hacerse adulto e independiente y

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

marcarse una línea de vida y unas metas. Se ha visto que al mismo tiempo que van apareciendo los primeros síntomas, se registran alteraciones en la maduración cerebral.¹⁰³

- Otros estudios parece, que asocian esta circunstancia al hecho de que aparezca comórbido con el trastorno de conducta.¹⁰⁴

-El TLP no es un trastorno degenerativo como otros TP. En la mayoría de los casos se va produciendo una estabilización a partir de los 35-40 años, suavizándose muchos síntomas, sobre todo la impulsividad. Pero esta «mejora» no se produce de forma automática ni de la misma forma en todos los casos y depende mucho del deterioro que la persona haya ido acumulando a lo largo de los años.¹⁰⁵

- 103.7)- Pronóstico.

- El pronóstico en el TLP viene condicionado por la edad de aparición de los primeros síntomas, la intensidad de los mismos, y la presencia de ciertas conductas.¹⁰⁶

- - Un pronóstico negativo vendría marcado por inicio temprano (infancia y adolescencia) de los síntomas, alta intensidad de los mismos, presencia de algún tipo de adicción y conductas suicidas o parasuicidas o conductas **disociativas**, poca conciencia de enfermedad del sujeto y negativa a ponerse en tratamiento.
- - Un pronóstico positivo vendría dado por aparición de los síntomas ya en la edad adulta (entre los 20 y 25 años), ausencia de conductas adictivas o de conductas suicidas y predisposición a vincularse a nivel terapéutico.

- Existen modelos de predicción de la evolución de los pacientes sometidos a terapia durante dos años valorando la psicopatología de base, presencia de traumas en la infancia y estabilidad de las relaciones actuales.¹⁰⁷ Sin embargo, la predicción a 10 años es más compleja y además de elementos que se tienen en cuenta en las evaluaciones habituales, entran en juego otras como el temperamento particular del paciente.¹⁰⁸

- Los datos indican que un porcentaje substancial de las personas diagnosticadas de TLP pueden conseguir la **remisión** incluso en un año o dos. Un estudio longitudinal encontró que, seis años después de ser diagnosticado con TLP, el 56 % mostraban buen funcionamiento psicosocial, comparado con el 26 % de la línea de base. Aunque los logros vocacionales son más limitados, incluso comparándolos con los de otros trastornos de la personalidad, los pacientes cuyos síntomas han remitido eran con mucha probabilidad los que tenían una buena relación con su cónyuge/pareja y con al menos uno de los padres, buenos resultados escolares, un historial sostenido de buen alumno y buen funcionamiento global y psicosocial.¹⁰⁹

- 103.7.1)- El riesgo de Suicidio en el TLP.

- Las conductas e intentos de suicidio son, con una marcada diferencia, mucho más frecuentes que en otros trastornos de la personalidad. Aparecen en otros trastornos mentales e incluso de forma más grave como en el trastorno bipolar, la **depresión** o la **esquizofrenia**. Pero sí son más características del TLP respecto a otros TP en que no suelen aparecer (sobre todo en los trastornos de la personalidad del grupo C). Se estima que aproximadamente un 70 % de los TLP han tenido conductas de tipo suicida o parasuicida y entre un 8 y un 10 % consuman el suicidio.

-A diferencia de pacientes con trastornos afectivos (trastornos depresivos o bipolares), el TLP

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

suele tener más actos de tipo parasuicida y autolesiones y menos intentos graves de suicidio. Se «juega» más con este tipo de conductas de forma que suelen aparecer como llamadas de atención o "manipulaciones", lo cual no significa que no hayan de ser tenidas en cuenta y ser abordadas lo antes posible en la [terapia](#).

- Los pacientes TLP que llegan a consumar el suicidio de forma «no accidental» han tenido ya numerosos antecedentes de intentos serios de suicidio y auto lesiones graves. Factores que pueden precipitar la consumación en pacientes con estos antecedentes son el abuso de algún tipo de sustancia (sobre todo [alcohol](#) y [cocaína](#)), el aislamiento social y la falta de apoyo o cuidado familiar, el abandono de vínculos terapéuticos o el no cumplimiento de las prescripciones [farmacológicas](#). Por el contrario, los pacientes TLP que mantienen unos vínculos sociales mínimos, cuentan con la estrecha contención familiar.

- 103.8)- Tratamiento.

- El [tratamiento](#) del trastorno debe tener en cuenta la complejidad intrínseca de la enfermedad.¹¹⁰ En primer lugar se debe decidir si se realiza en régimen ambulatorio, de [hospitalización](#) parcial o de internación. Esta decisión se basa principalmente en el riesgo de suicidio o autolesiones, así como en manifestaciones lo suficientemente severas para interferir con la vida diaria del paciente en su entorno. Otro asunto es el elevado nivel de comorbilidades y situaciones individuales, por lo que en el tratamiento es esencial la flexibilidad. Dado el doble componente del trastorno, biológico y ambiental, el tratamiento debe abordar ambos capítulos. Por una parte se debe tratar las vulnerabilidades [biológicas](#) y la desregulación en la fisiología de los neurotransmisores que se manifiestan en: síntomas de desregulación afectiva, síntomas de discontrol impulsivo-conductual y síntomas cognitivos-[perceptuales](#). La medicación ayuda a aliviar la sintomatología en los periodos de descompensación aguda, así como los trastornos comórbidos. Un facultativo debe establecer, basándose en protocolos y de forma individualizada, la duración del tratamiento farmacológico, así como su dosificación. De otra parte, la medicación por sí sola no ayuda al individuo a enfrentarse a las situaciones ambientales concretas y en todo caso está indicada la psicoterapia. Su meta es tratar los conflictos intrapsíquicos, las defensas, el progreso en el desarrollo de la personalidad y sus bloqueos, la adaptabilidad, en especial en cuanto al establecimiento de vínculos afectivos seguros y las competencias para el manejo de estresantes psicosociales.

- 103.8.1)- Psicoterapia.

-Se ha observado tradicionalmente de forma escéptica el tratamiento psicológico de los [trastornos de la personalidad](#), pero se han desarrollado en los últimos años algunos tipos específicos de [psicoterapia](#) para el TLP. Los estudios efectuados hasta la fecha no proporcionan evidencia determinante sobre la eficacia de las mismas, pero sugieren que las personas diagnosticadas de TLP pueden beneficiarse en al menos alguna de las medidas resultantes.¹¹¹ Una simple terapia de soporte por sí sola puede mejorar la autoestima y movilizar los recursos existentes en los individuos con TLP.¹¹² Las psicoterapias específicas pueden implicar sesiones de varios meses, o como suele ser particularmente común en los trastornos de la personalidad, varios años. La psicoterapia habitualmente puede estar dirigida a individuos o grupos. La [terapia de grupo](#) puede ayudar en el aprendizaje y la

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

práctica de habilidades interpersonales y autoconsciencia en los afectados por TLP¹¹³ aunque las tasas de abandono pueden ser problemáticas.¹¹⁴

-Un estudio reciente concluye que cualquiera de los tres tipos más habituales de psicoterapia estimula mejoras substanciales en las personas que padecen este trastorno.¹¹⁵ Las tres modalidades estudiadas eran la terapia dialéctica conductual, la terapia enfocada a la transferencia y la terapia focal de esquemas. La psicoterapia que se centra en temas emocionales surgiendo en la interacción entre el paciente y el terapeuta, conocida como terapia enfocada a la transferencia, es la que más estimula cambios en las personas que padecen el trastorno límite de la personalidad.¹¹⁵ Los principales obstáculos para la terapia son el pensamiento polarizado y el establecimiento de límites.¹¹⁰

- 103.8.1.1)- Terapia Cognitivo Conductual.

- La [Terapia cognitivo-conductual](#) (TCC) es el tratamiento psicológico más ampliamente usado para trastornos mentales, pero se ha mostrado menos eficaz en el TLP, debido parcialmente a las dificultades para desarrollar una relación terapéutica y una adhesión al tratamiento. Los planteamientos como la TDC y la terapia de esquemas se desarrollaron parcialmente como un intento de expansión o apéndice de la tradicional TCC, que utiliza un número limitado de sesiones para centrarse en patrones de pensamiento, percepciones y conductas específicamente no adaptativas. Un estudio reciente encontró un número de beneficios sostenidos gracias a la TCC, además del habitual tratamiento, tras una media de 16 sesiones al año.¹¹⁶

-La [desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares](#) (EMDR) es un tratamiento para el [TEPT](#), un trastorno que en muchos casos se ha visto estrechamente asociado al TLP. Es semejante a la terapia cognitivo conductual y se contempla como un tipo de ésta, pero también incluye técnicas encaminadas a facilitar un procesamiento emocional completo de los recuerdos traumáticos.

- 103.8.1.2)- Terapia Dialéctica Conductual.



- *I'am going under my madness* (Me sumerjo en mi locura), de la fotógrafa [peruana](#) Amparo Torres. Los afectados frecuentemente reaccionan con [negación](#) antes de afrontar la [terapia](#). Según A.J. Mahari, 2006, el camino de la recuperación del TLP pasa por el encuentro con la «herida nuclear del abandono» y «la construcción de un [yo](#) auténtico».

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- En los [años 1990](#), se estableció un nuevo tratamiento psicosocial para el TLP, llamado [terapia dialéctica conductual](#) (TDC), originalmente desarrollada como una intervención para pacientes con conductas suicidas.¹¹⁷ .

-Esta terapia se deriva de las [técnicas cognitivo-conductuales](#) (y se puede considerar una forma de terapia cognitivo-conductual) pero se centra en el intercambio y la negociación entre el terapeuta y el cliente, entre lo racional y lo emocional y entre la aceptación y el cambio (de ahí el nombre de [dialéctica](#)). Los objetivos de la terapia son acordados, aunque se priorizan los temas de autolesiones. El componente nuclear es el aprendizaje de nuevas competencias, incluyendo la «conciencia plena» ([meditación atenta](#)), eficiencia interpersonal (p.ej. [asertividad](#) y habilidades sociales), manejo adaptativo de la angustia, las crisis, la identificación y la regulación de las reacciones emocionales.

-La TDC se puede fundamentar en la teoría biosocial de la función de la personalidad en la cual el TLP se ve como un trastorno biológico de la regulación emocional en un entorno social experimentado como una invalidación por el paciente borderline.¹¹⁸

-Se ha visto que la terapia dialéctica conductual reduce significativamente las autolesiones y la conducta suicida en los TLP, más allá de otros tratamientos habituales por expertos, y es mejor aceptado por los clientes.¹¹⁹¹²⁰ Sin embargo, no está tan claro que tenga una eficacia adicional en el tratamiento global del TLP.¹¹¹ Se ha visto que el entrenamiento de las enfermeras en el uso de la TDC elimina el pesimismo terapéutico por una comprensión y perspectivas más optimistas.¹²¹

- 103.8.1.3)- Terapia Cognitiva Focal de Esquemas.

-La [terapia de esquemas](#) es una intervención de planteamiento integrativo basado en técnicas cognitivo-conductuales o técnicas de adquisición de competencias junto con la [teoría de la relación de objeto](#) y [elementos gestálticos](#). Fue desarrollada por Jeffrey Young, a lo largo de los [años 1980](#), fundándose el primer instituto de terapia de esquemas en [Manhattan](#) en 1990. Se centra directamente en los aspectos más profundos de la emoción, la personalidad y los esquemas (modos fundamentales de categorizar y reaccionar frente al mundo). El tratamiento también se centra en la [relación con el terapeuta](#) (incluyendo un proceso de «adopción limitada»), la vida diaria fuera de la terapia, y las experiencias traumáticas de la infancia. Algunas investigaciones recientes restringidas sugieren que es significativamente más eficaz que la psicoterapia enfocada a la transferencia solamente, con la mitad de los individuos TLP evaluados como completamente recuperados tras 4 años y con dos tercios mostrando mejoras clínicamente significativas.¹²²¹²³ Otro pequeño ensayo ha mostrado también la eficacia.¹²⁴ .

-103.8.1.4)- Terapia Cognitivo-analítica.

- La [terapia cognitivo-analítica](#) fue desarrollada por Anthony Ryle. Esta terapia breve se desarrolló en el contexto del Servicio Nacional de Salud en el [Reino Unido](#) con el objetivo de proporcionar un tratamiento eficaz y asequible que pueda ser proporcionado de forma realista en recursos restringidos al ámbito de un servicio estatal de salud. Combina planteamientos cognitivos y psicoanalíticos y ha sido adaptado para el uso con individuos con TLP con resultados en ambos sentidos.¹²⁵

- 103.8.1.5)- Psicoanálisis.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- Desde la perspectiva del [psicoanálisis](#) el TLP suele ser llamado *caso límite, caso fronterizo* traducciones ambas de la palabra inglesa más difundida: *borderline* y la alemana *Grenzfall*.
-El psicoanálisis suele definir al caso límite como una estructura [psicótica](#) que *aparenta* ser una [neurosis grave](#) de carácter con rasgos [perversos](#) (como el [sadismo](#)) o de [personalidad psicópata](#). Desde el punto de vista teórico los síntomas «neuróticos» de los TLP cumplirían una función defensiva ante el posible [brote psicótico](#).¹²⁶

-En [1942](#), [Helene Deutsch](#) describió un tipo de personalidad a la cual denominó en inglés: *as if* («como si»), que tiene características que luego se aplicarían en la casuística a los borderlines: «Los “como si” son aquellos casos en los cuales la relación emocional del individuo con el mundo exterior y con su propio [ego](#) se presenta pobre o ausente, se encuentran en *relación estrecha con la [despersonalización](#)*. Aparentan ser normales exteriormente pero carecen de autenticidad en sus vidas emocionales». ¹²⁷ .

-[Lacan](#)¹²⁸ considera que en las personalidades borderlines existe una [forclusión](#) por la cual el registro de lo real y de lo imaginario -como ocurre en toda psicosis- no está correctamente interrelacionado con el registro de lo simbólico, sin embargo en el caso borderline, a diferencia de las otras psicosis, el individuo tiene un [sinthome](#) que mantiene lálbilmente la coherencia entre lo real, lo imaginario y lo simbólico (en la teoría psicoanalítica lacaniana la normal relación entre lo real, lo simbólico y lo imaginario se da de un modo semejante al de la [topología](#) de un [nudo borromeo](#), pero en los casos borderlines no existe tal relación sino que el *sinthome* cumple la función de un cuarto lazo provisional que mantiene una frágil estructuración entre lo simbólico y los otros dos registros).¹²⁹

-El psicoanálisis tradicional se está usando menos que en el pasado,¹³⁰ tanto en general como para tratar el TLP. Se ha ligado este tipo de intervención a la exacerbación de los síntomas del TLP,¹³¹ aunque también hay pruebas de la eficacia de ciertas técnicas en el contexto de una hospitalización parcial.¹³²

-Todo enfoque de orientación psicodinámico centra su necesidad en el control [contratransferencial](#) del analista. Dado el grado extremo [transferencial](#) de toda personalidad borderline, con su polarización emocional intensamente positiva y/o negativa hacia el psicoterapeuta, generará sin excepción a como concurre en cualquier otra persona de su entorno social, una reacción contratransferencial que interferirá y anulará inmediatamente todo intento de proceso psicoterapéutico. De ahí el prerrequisito [sine qua non](#) de haber pasado por uno o varios análisis previos que conformen una buena estructuración de la personalidad del analista, sin idealizaciones, claro está. Por ello es imprescindible que todo intento de tratamiento deba ser entendido desde una dualidad procesual interactiva de persona a persona, con lo cual se exigiría la inclusión del analista como variable imposible de valorar como alguien sujeto a estatus, rutina o presunción.

-Resulta importante valorar las controversias suscitadas sobre la rigidez en los límites personales del analista, cómo deben tratarse los momentos de crisis y la eficacia de la confrontación tanto a nivel cuantitativo como cualitativo.

-Dos elementos implícitos en el *setting* psicoanalítico ortodoxo, como son la [asociación libre](#) y la [neutralidad](#), o intervención mínima del terapeuta, resultan contraproducentes «debido a la deficiente estructura psíquica que poseen» estas personas. Por otra parte, y desde la extremidad de todo posicionamiento defensivo que sitúa a la personalidad borderline dentro del episodio psicótico, se verifica a su vez su favorecimiento por medio del psicoanálisis.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

-Otro elemento discordante es la larga duración del tratamiento psicoanalítico, resultando innecesario ante tratamientos igualmente eficaces en menor tiempo.¹³³

- 103.8.1.6)- Psicoterapia Enfocada a la Transferencia.

- La psicoterapia enfocada a la transferencia (PET), es una forma de terapia psicoanalítica que data de los [años 60](#), enraizada en los conceptos de [Otto Kernberg](#) sobre el TLP y su estructura subyacente : estructura de la personalidad borderline. A diferencia del caso del psicoanálisis tradicional, el terapeuta desempeña un papel muy activo en la terapia. Éste trabaja en la sesión en la relación paciente-terapeuta. Tratará de explorar y clarificar aspectos de esta relación para que las diadas subyacentes se clarifiquen. Algunas investigaciones limitadas sobre la PET sugieren que puede reducir algunos síntomas del TLP que afectan a ciertos procesos subyacentes¹³⁴ y que la PET a diferencia con la [Terapia dialéctica conductual](#) y la de soporte resulta en un funcionamiento de reflejos incrementado (la capacidad de percibir de forma realista sobre cómo piensan los otros) y conseguir un estilo de [vínculos](#) más seguro.¹³⁵ Lo que es más, la PET se ha mostrado tan efectiva como la TDC mejorando la conducta suicida y ha sido más eficaz que ésta para aliviar la ira y reducir conductas agresivas verbales o directas.¹³⁶ Ciertas investigaciones limitadas sugieren que la PET parece ser menos eficaz que la terapia enfocada a los esquemas, mientras que es más eficaz que no hacer ningún tipo de tratamiento.¹²²

- 103.8.1.7)- Psicoterapia Basada en la Mentalización.

- La [Psicoterapia Basada en la Mentalización](#) (MBT o TBM), desarrollada por Peter Fonagy y Antony Bateman, se basa en la asunción de que los afectados por el trastorno límite de la personalidad tienen una distorsión del [apego](#) debido a problemas en las relaciones paterno-filiales en la infancia.¹³⁷ Fonagy y Bateman plantean la [hipótesis](#) de que una empatía y sintonía inadecuada por parte de los progenitores en la temprana infancia conducen a un déficit de mentalización, definida como *la capacidad de pensar en los estados mentales como entidad separada de ellos, aunque potencialmente causativos de acciones.*¹³⁸ en otras palabras, la capacidad de comprender intuitivamente los pensamientos, intenciones y motivaciones de los otros y las conexiones entre los pensamientos propios, sentimientos y acciones. Se piensa que el fracaso en la adquisición de una adecuada mentalización es la base de los problemas con el control de los impulsos en los pacientes con TLP, así como de su inestabilidad emocional y sus dificultades para mantener relaciones íntimas. El tratamiento basado en la mentalización pretende desarrollar la autoregulación de los pacientes mediante terapia de grupo de tipo [psicodinámico](#) y psicoterapia individual en un contexto de comunidad terapéutica, hospitalización parcial o ambulatoria.¹³⁹¹⁴⁰ En una [prueba controlada aleatoria](#), un grupo de pacientes de TLP recibió 18 meses de terapia basada en la mentalización bajo hospitalización parcial, y posteriormente se realizó un seguimiento durante cinco años. El grupo tratado mostró beneficiarse de múltiples modos por la terapia en un amplio rango de variables, entre ellas una disminución en el número de intentos de suicidios, reducción del tiempo de hospitalización y reducción del uso de medicación.¹⁴¹

- 103.8.1.8)- Terapia de Pareja, Conyugal o de Familia.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- La terapia de pareja puede ser útil para estabilizar las relaciones conyugales o de la pareja y en la reducción del conflicto y el estrés en este ámbito, que puedan empeorar los síntomas del TLP. La terapia familiar o la [psicoeducación](#) familiar puede ayudar a educar a los miembros de la familia en relación al TLP, mejorando la comunicación familiar y la resolución de problemas en su seno, proporcionando apoyo a los miembros de la familia para abordar la enfermedad de su ser querido.

-Hay dos patrones de implicación familiar que puede ayudar a los clínicos a planear intervenciones desde la familia: la sobreimplicación y la negligencia. Los pacientes de TLP que se encuentran en familias sobreimplicadas tienen que luchar a menudo con temas de dependencia, negación o por enfado de los padres.

- Está aumentando el interés por el uso de la psicoeducación y competencias en los planteamientos que entrenan a familias con miembros que padecen TLP. [113](#)

- 103.8.2)- Medicación.

**Estudio de antipsicóticos en relación
al Trastorno Borderline:**

- [Aripiprazol](#):
 - Estudio doble/ciego: Kaplan P y otros, 2006. [142](#)
 - Estudio de continuidad: Pedrosa Gil F. y otros, 2007, 18 meses. [143](#)
 - Resultados: Ambos indican que el aripiprazol parece ser eficaz y relativamente seguro a largo plazo.
 - Efectos secundarios: Dolor de cabeza, insomnio, náuseas, aturdimiento, ansiedad y estreñimiento (Kaplan 2006); Resistencia o incluso aparición de episodios maníacos en pacientes comórbidos con [TB](#). [144](#)
Sin embargo los casos son poco comunes

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

menos intensos y en general suceden al administrar el fármaco a dosis bajas.

- **Clozapina:**
- Estudio doble/ciego: No encontrado.
 - Estudio de continuidad: No encontrado. Solo pequeños estudios de casos:(Frankenburge *et al.*, 1993; Steinert *et al.*, 1995; Chengappa *et al.*, 1995; Benedetti *et al.*, 1998).
 - Resultados: En general se usa para reducir inespecíficamente casos graves de automutilación¹⁴⁵ o agresividad.¹⁴⁶ Parece que los estudios(Volavka y otros 1993) indican que la reducción de la agresividad se debe a un efecto propio y no al antipsicótico general.
 - Efectos secundarios: Graves, el peor agranulocitosis.¹⁴⁷
- **Olanzapina:**
 - Estudio doble/ciego: Zanarini (2001, preeliminar).¹⁴⁸ George Nurnberg 2004.¹⁴⁹

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- Estudio de continuidad: Varios, pero en especial los combinados con otros fármacos, como la fluoxetina¹⁵⁰ o con psicoterapias (TDC).¹⁵¹
- Resultados: En general se ven resultados eficaces en todas las áreas, tanto solo como combinado con antidepresivos y psicoterapia.
- Efectos secundarios: Muy importantes, ver [Olanzapina: efectos secundarios](#). En especial es uno de los que mayor ganancia de peso producen: Ver: [Olanzapina: Ganancia de peso](#).

- [Quetiapina](#):
- Estudio doble/ciego: No se han efectuado hasta el momento.
 - Estudios de tolerabilidad: Se han efectuado algunos estudios preliminares y «open-label» para valorar la tolerabilidad y la eficacia: Bogetto 2006¹⁵² y Schifano 2007.¹⁵³
 - Resultados: Resultados eficaces con algunos casos de [trombocitopenia](#) moderada.
 - Efectos secundarios:

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- Se han usado algunos medicamentos conjuntamente con otros tratamientos del TLP, aunque la base de evidencia está limitada. Puesto que el TLP ha sido tradicionalmente considerado como una afección primariamente psicosocial, la medicación va destinada a tratar los síntomas comórbidos, como la ansiedad y la depresión, más que el propio TLP.¹⁵⁶ Para los síntomas de desregulación afectiva se utilizan los [antidepresivos](#), así como los estabilizadores del estado de ánimo ([anticonvulsivantes](#)). Si la afección comórbida afectiva consiste principalmente en ansiedad, se pueden prescribir [benzodiacepinas](#). Para desregulaciones y alteraciones de la conducta y de la percepción se emplean los [neurolépticos](#). En algunos casos especialmente severos en los que existe comorbilidad con trastornos del eje I, en especial depresión grave refractaria a la farmacoterapia, se puede llegar a emplear la [terapia electroconvulsiva](#).¹¹⁰

- 103.8.2.1)- Antidepresivos.

Los [antidepresivos](#) del tipo [Inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina](#) (ISRS) ha demostrado en ensayos controlados al azar que mejoran los síntomas comórbidos de la ansiedad y la depresión. No está tan claro en el caso de la ira y la hostilidad, que están

Idénticos al resto de antipsicóticos atípicos, aunque en menor grado.

- [Risperidona](#):
- Estudio doble/ciego: No se han efectuado hasta el momento.
 - Estudios Open-label: Se han efectuado pocos estudios, con pocos participantes y son «open-label»: Bogetto (2003).¹⁵⁴ y algún estudio en curso de la Universidad de Alabama.¹⁵⁵
 - Resultados: Mejoría de síntomas agresivos, depresivos y generales.
 - Efectos secundarios: Igual que otros antipsicóticos atípicos, disfunciones sexuales, especialmente eyaculación retrógrada, aumento de la [prolactina](#), puede llegar a ocasionar [diabetes](#).

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

asociados al TLP en algunos pacientes.¹⁵⁶¹⁵⁷ De acuerdo con el libro *Listening to Prozac* es necesaria una dosis mayor de un ISRS para tratar los trastornos del estado de ánimo asociados con el TLP que para la depresión sola.¹⁵⁸ También se debe esperar tres meses antes de que aparezcan los beneficios, en comparación con las tres o seis semanas para la depresión. Véase también: [Litio](#)

- 103.8.2.2)- Antipsicóticos.

-Se ha dicho que la nueva generación de [antipsicóticos](#) atípicos tienen un perfil de [efectos secundarios](#) mejor que el de los antipsicóticos típicos. Los antipsicóticos también se usan muchas veces para tratar las distorsiones del pensamiento o las falsas percepciones.¹⁵⁹ El uso de antipsicóticos ha variado, de intermitente, para un breve periodo psicótico o disociativo, a más en general, en particular los antipsicóticos atípicos para los pacientes de Trastorno bipolar, así como los diagnosticados con Trastorno límite de la personalidad.

-Un meta-análisis de 14 estudios anteriores ha sugerido que algunos antipsicóticos atípicos, como la [olanzapina](#), [clozapina](#), [Aripiprazol](#), [quetiapina](#) y [risperidona](#) puede ayudar a los pacientes con síntomas de tipo psicótico, impulsivo o suicida.¹⁶⁰

-El uso a largo plazo de antipsicóticos es particularmente controvertido. Hay numerosos efectos secundarios en la medicación antigua, singularmente la [discinesia](#).¹⁶¹ Los antipsicóticos atípicos también son conocidos por causar a menudo un considerable aumento de peso, con las consabidas complicaciones para la salud.¹⁶²

- 103.8.2.3)- Otros.

-Se han realizado estudios para evaluar el empleo de algunos [anticonvulsivos](#) en el tratamiento de la sintomatología del TLP. Entre ellos, el [Topiramato](#)¹⁶³ y la [Oxcarbazepina](#)¹⁶⁴ así como antagonistas del receptor de los opiáceos como la [naltrexona](#)¹⁶⁵ para tratar los síntomas disociativos o [clonidina](#),¹⁶⁶ un [antihipertensivo](#) con el mismo propósito. Se ha ensayado el uso de ácidos grasos poliinsaturados y omega-3, dando como resultado que no son útiles para el tratamiento del TLP, pero que en determinadas combinaciones podrían ser útiles para mejorar los síntomas que tienen que ver con el estado de ánimo.¹⁶⁷

- 103.9)- Servicios Mentales de Salud y Recuperación.

- Los paciente de TLP a veces necesitan considerables atenciones y servicios de salud mental y se ha visto que constituyen el 20 % de los pacientes psiquiátricos hospitalizados.¹⁶⁸ La mayor parte de los pacientes TLP continúan utilizando tratamientos ambulatorios de manera sostenida durante varios años, pero el número que usa las formas menos asequibles y restrictivas de tratamiento, como la internación, desciende con el tiempo.¹⁶⁹ La experiencia de los servicios varía.¹⁷⁰ Evaluar el riesgo de suicidio puede ser un desafío para los servicios mentales de salud (y los mismos pacientes tienden a subestimar la letalidad de las conductas autolesivas) con un típicamente elevado riesgo de suicidio mucho mayor que la población general y un historial de intentos múltiples cuando están en crisis.¹⁷¹

-Se han observado en particular dificultades en las relaciones entre los cuidadores y los individuos diagnosticados con TLP. La mayoría del equipo psiquiátrico refiere encontrar personas con TLP con las que el trato es de moderado a extremadamente difícil y en general más difícil que otros grupos de pacientes.¹⁷² Por otra parte, los que han sido

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

diagnosticados de TLP refieren que el término «borderline» suena como un rótulo peyorativo más que como un diagnóstico útil, que la conducta autodestructiva es erróneamente percibida como manipulativa y que tienen un acceso limitado a los cuidados.¹⁷³ Se han efectuado intentos de mejorar las actitudes del público y de los trabajadores de la sanidad.¹⁷⁴¹⁷⁵ .

- 103.9.1)- Combinar la Farmacoterapia y la Psicoterapia.

- En la práctica, la psicoterapia y la medicación, se combinan de forma habitual, pero se dispone de datos limitados sobre lo que en realidad se hace en la práctica clínica.⁷⁴ Los estudios sobre la eficacia a menudo evalúan la eficacia de las intervenciones cuando se les añade «tratado como de costumbre», lo cual puede implicar servicios psiquiátricos generales, consejo de soporte, medicación y psicoterapia.

-Un pequeño estudio, realizado en el ya mencionado hospital de Santa Creu, en el cual se excluye a los individuos comórbidos del eje I, ha indicado que los pacientes ambulatorios que reciben la terapia dialéctica conductual y toman el antipsicótico Olanzapina muestran significativamente más mejoras relacionadas con el TLP comparados con los que sólo hacen terapia y toman placebo.¹⁷⁶ aunque también experimentaron ganancia de peso y aumento del colesterol. otro pequeño estudio encontró que los pacientes que habían recibido TDC y tomaban [fluoxetina](#) (prozac) no mostraban mejoras significativas, mientras que los que recibían la terapia y tomaban [placebo](#) mostraron avances significativos.¹⁷⁷

- 103.9.2)- Dificultades en la Terapia.

- Existen retos importantes en el tratamiento del TLP, por ejemplo el referente a los cuidados hospitalarios.¹⁷⁸ En la psicoterapia, un paciente podría ser inusualmente sensible al rechazo y al abandono y podría reaccionar negativamente (p.ej. autolesionándose o abandonando el tratamiento) si se sienten así. Además, los clínicos se deben distanciar emocionalmente de los pacientes para su autoprotección o por el estigma del diagnóstico, conduciendo a una [profecía autocumplida](#) y a un ciclo de estigmatización en el que tanto el paciente como el terapeuta pueden contribuir.¹⁷⁹

-Algunas psicoterapias, por ejemplo la TDC, han sido desarrolladas parcialmente para evitar los problemas con la sensibilidad interpersonal y mantener una relación terapéutica. La adherencia a los regímenes de medicación también es problemática, debido en parte a los [efectos secundarios](#), con tasas de abandono entre el 50 % y el 80 % en los ensayos sobre medicamentos.¹⁸⁰ Los trastornos comórbidos, en particular los relacionados con el abuso de sustancias pueden complicar los intentos de conseguir la remisión.¹⁸¹

- 103.9.2.1)- Otras Estrategias.

- Las psicoterapias y la medicación, forma parte del contexto completo de los servicios de salud mental y las necesidades psicosociales relacionadas con el TLP. La base de la evidencia está limitada para ambos y algunos individuos pueden abandonar o no obtener ningún beneficio de ellas. Se ha argumentado que la categorización diagnóstica puede tener una utilidad limitada dirigiendo el trabajo terapéutico en esta área y en algunos casos solo es con referencia a las relaciones pasadas y presentes como se puede entender la conducta «borderline» como parcialmente adaptativa y de ahí se ve cómo se puede ayudar mejor a la

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

gente.¹⁸² .

-Se podrían usar muchas otras estrategias, incluyendo técnicas de la [medicina alternativa](#), ejercicio y puesta a punto física, incluyendo deportes de equipo, técnicas de [terapia ocupacional](#), incluyendo artes creativas y dar estructura a la rutina de los días, en particular a través del empleo -ayudando con los sentimientos de competencia por ejemplo la autoeficacia, teniendo un [rol social](#) y siendo valorados por los otros para aumentar la [autoestima](#).¹⁸³ .

- Los servicios psicológicos basados en grupos animan a los clientes a socializarse y participar en actividades tanto en solitario como en grupo. Esto puede ser en centros de día. Las [comunidades terapéuticas](#) son un ejemplo de esto, particularmente en [Europa](#). Aunque su uso ha descendido muchos de ellos están especializados en el tratamiento de trastornos graves de la personalidad.¹⁸⁴

-Los servicios de rehabilitación [psiquiátrica](#) que se especializan en ayudar a personas con problemas de [salud mental](#), para reducir su [discapacidad](#) psicosocial, comprometerse en actividades significativas y evitar el estigma y la [exclusión social](#) pueden ser de valor para las personas que sufren TLP. También hay muchos grupos de ayuda mutua o de consejeros dirigidos por y para individuos con TLP. El objetivo debe ser una completa recuperación psicosocial más que la dependencia del servicio.

- 103.10)- Aspectos Sociológicos y Culturales.

- 103.10.1)- Coste Social del TLP.

- Hasta el momento no se había evaluado el coste social del TLP. Un estudio realizado en [Holanda](#), valora en más de 2. 222.000.000 euros el coste social de los enfermos, de los cuales sólo el 22 % pertenece a cuidados sanitarios.¹⁸⁵ Lo cierto es que el TLP, tiene una elevadísima representación entre la población reclusa, constituyendo en este grupo el 23 % de los varones y el 20 % de las mujeres.¹⁸⁶ .

-103. 10.2)- Referencias Culturales.

- En la [trama](#) de algunas [películas](#), aparecen [personajes](#), que o bien están explícitamente [diagnosticados](#) o bien presentan rasgos que sugieren fuertemente un diagnóstico a psiquiatras y expertos. Las películas [Escalofrío en la noche](#) y [Atracción fatal](#) son dos de los ejemplos citados, así como el libro y película [Inocencia interrumpida](#).¹⁸⁷ Todas ellas destacan la inestabilidad emocional del trastorno y los intentos frenéticos de evitar el abandono. No obstante, en cada caso se muestran distintos grados de agresividad con respecto a otros o a ellos mismos. lo último es el resultado más habitual en este tipo de situaciones.¹⁸⁸ En la película de [1992 Mujer blanca soltera busca...](#) se destacan distintos aspectos del trastorno en el personaje Hedy, que sufre una marcada perturbación del sentido de la identidad, adaptando sistemáticamente los atributos de su compañero de piso, además de sentimientos crónicos de vacío, y al menos en las dos últimas películas, el abandono conduce a la toma de medidas drásticas.¹⁸⁹

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

-En el teatro, el Trastorno límite de la personalidad es el tema central de la obra *Blue/Orange*, de [Joe Penhall](#), estrenada en 2000 en la que los psiquiatras batallan entre ellos por el futuro tratamiento de un paciente que padece esta afección.

-Varios analistas han establecido un presunto diagnóstico de TLP a través de los datos biográficos de diversos personajes históricos y personalidades, como [César Borgia](#), [Jim Morrison](#) o [Juana de Arco](#).

-El profesor [Borwin Bandelow](#) ha estudiado en su obra *Celebrities: Vom schwierigen Glück, berühmt zu sein* (Celebridades: Sobre la mala suerte de ser famoso/a) la vida de varias personalidades de la [música](#), [literatura](#), el [cine](#) y los negocios, examinando su biografía de modo que en algunos encuentra criterios para establecer un diagnóstico de TLP. Algunos ejemplos serían [Sid Vicious](#), [Diana Spencer](#) o [Luis II de Baviera](#), entre otros.¹⁹⁰

- 103.11)- Véase También.

- [Disociación \(psicología\)](#);
- [Historia del trastorno límite de la personalidad](#);
- [Inocencia interrumpida \(memoria\)](#). Obra autobiográfica de Susana Kaysen, paciente de TLP adaptada luego al cine.
- [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales](#);
- [Marsha M. Linehan](#);
- [Melanie Klein](#);
- [Modelo de diátesis-estrés](#);
- [P300](#);
- [Personalidad Límite](#);
- [Trastorno bipolar](#);
- [Terapias cognitivo-conductuales](#);
- [Terapia dialéctica conductual](#);
- [Terapia cognitiva analítica](#);
- [Trastorno de personalidad](#);
- [Trastorno por estrés postraumático](#);
- [Anexo:Características generales de las personas con TLP](#);

- 103.12)- Referencias.

1. [↑](#) “[301.83 Borderline Personality Disorder](#)
▪ [Archivado](#) el 15 de diciembre de 2007 en la [Wayback Machine](#).” in *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. DOI: [10.1176/appi.books.9780890423349.3831](#). Accedida el 2007-09-21.
2. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b (2004). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR* (Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association. ISBN [0-89042024-6](#). [DSM-IV & DSM-IV-TR Borderline Personality Disorder criteria](#)
▪ [Archivado](#) el 16 de octubre de 2007 en la [Wayback Machine](#).. *Behave Net*. Accedida el 2007-09-21.
3. [↑](#) Gunderson y Zanarini, 1987

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

4. [↑](#) Thomas A. Widiger y Myrna M. Weissman, *Epidemiology of Borderline Personality Disorder* Hosp Community Psychiatry 42:1015-1021, octubre 1991
5. [↑](#) Svenn Torgersen; Einar Kringlen y Victoria Cramer *The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample* [1], Arch Gen Psychiatry. 2001;58:590-596]
6. [↑](#) Swartz, M.; D. Blazer, L. George, et al. (1990). "Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community". *Journal of Personality Disorders* 4 (3): 257-72. Accedida el 2007-09-23.
7. [↑](#) Estadísticas de pacientes hospitalizados en *DSM-IV* [2]
8. [↑](#) (2000) "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders". Washington, D.C.: *American Psychiatric Association* 4 Text Revision.
9. [↑](#) Skodol, A.E.; D.S. Bender (2003). [Why are women diagnosed borderline more than men?](#) *Psychiatr Q* 74 (4): 349-60. Accedida el 2007-09-23.
10. [↑](#) Shumyatsky GP, Tsvetkov E, Malleret G, Vronskaya S, Hatton M, Hampton L, Battey JF, Dulac C, Kandel ER, Bolshakov VY., "Identification of a signaling network in lateral nucleus of amygdala important for inhibiting memory specifically related to learned fear.", *Cell*. 2002 Dec 13;111(6):905-18. [PMID 12526815](#)
11. [↑](#) Pape HC, Stork O., *Genes and mechanisms in the amygdala involved in the formation of fear memory.* Ann N Y Acad Sci. 2003 Apr;985:92-105. [PMID 12724151](#)
12. [↑](#) Pape HC, Narayanan RT, Smid J, Stork O, Seidenbecher T., *Theta activity in neurons and networks of the amygdala related to long-term fear memory.*, *Hippocampus*. 2005;15(7):874-80. [PMID 16158424](#)
13. [↑](#) Huang YY, Kandel ER., *5-Hydroxytryptamine induces a protein kinase A/mitogen-activated protein kinase-mediated and macromolecular synthesis-dependent late phase of long-term potentiation in the amygdala.* J Neurosci. 2007 Mar 21;27(12):3111-9. [PMID 17376972](#)
14. [↑](#) "Association between the serotonin transporter gene..." [3] Pascual J, Soler et al. en *Actas Esp Psiquiatr*. 2007 Nov;35(6):382-386.
15. [↑](#) Ni, X et al. "Serotonin 2A receptor gene is associated with personality traits, but not to disorder, in patients with borderline personality disorder." [4] *Neurosci Lett*. 2006 Nov 20;408(3):214-9. Epub 2006 Sep 26.
16. [↑](#) Ni, X et al. "Monoamine oxidase a gene is associated with borderline personality disorder" [5] *Psychiatr Genet*. 2007 Jun;17(3):153-7
17. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b JOYCE PR, KENNEDY MA y otros: "A dopamine transporter polymorphism is a risk factor for borderline personality disorder in depressed patients", *Psychol Med*. 2006 Jun; 36(6):807-13 [PMID 16623961](#)
18. [↑](#) Gurvits, I., H. Koenigsberg, L. Siever. "Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder." *Psychiatric Clinics of North America* 23, Nº. 1, marzo 2000
19. [↑](#) Pogarell O. et al. "EEG-vigilance differences between patients with borderline personality disorder, patients with obsessive-compulsive disorder and healthy controls." *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2007 Nov 7 [PMID 17990048](#)
20. [↑](#) De la Fuente JM, Tugendhaft P, Mavroudakis N., "Electroencephalographic abnormalities in borderline personality disorder." *Psychiatry Res*. 1998 Feb 9;77(2):131-8 [PMID 9541149](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

21. [↑](#) Siever LJ y otros "Depressive response to physostigmine challenge in borderline personality disorder patients." [\[6\]](#) *Neuropsychopharmacology* 1997 Oct; 17(4):264-73
22. [↑](#) Lis, E., Greenfield, B., Henry, M., Guile, J.M. y Dougherty, G. (2007) "Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: a review.", *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 32, 3.
23. [↑](#) Davidson RJ, Jackson DC, Kalin NH. Emotion, plasticity, context and regulation: perspectives from affective neuroscience. *Psychological Bulletin*, 2000; 126(6): 873-89.
24. [↑](#) SCHMAHL, C y BREMMER, JD "Neuroimaging in Borderline Personality Disorder.", *J Psychiatr Res* 2005
25. [↑](#) Donegan et al. (2003). «Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation.». *Biological Psychiatry* 54 (11): 1284-1293.
26. [↑](#) Minzenberg MJ, Fan J, New AS, Tang CY, Siever LJ. "Frontolimbic structural changes in borderline personality disorder." [\[7\]](#) *J Psychiatr Res*. 2007 Sep 6;
27. [↑](#) Bremner JD et al. "Hippocampal and amygdalar volumes in dissociative identity disorder." [\[8\]](#) *Am J Psychiatry*. 2006 Apr;163(4):630-6 [PMID 16585437](#)
28. [↑](#) Error en la cita: Etiqueta <ref> no válida; no se ha definido el contenido de las referencias llamadas bockian
29. [↑](#) Tebartz L y otros: "Evidence of disturbed amygdalar energy metabolism in patients with borderline personality disorder.", [Neuroscience Letters 417,1](#)
30. [↑](#) Buchsbaum MS. *et al.* "Reduced anterior and posterior cingulate gray matter in borderline personality disorder." [\[9\]](#) *Biol Psychiatry*. 2005 Oct 15;58(8):614-23
31. [↑](#) Garner, B *et al.* "Pituitary volume in teenagers with first-presentation borderline personality disorder" [\[10\]](#) *Psychiatry Res*. 2007 Oct 11
32. [↑](#) Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, *et al.* "Borderline personality disorder." [\[11\]](#) *Lancet* 2004;364:453-61.
33. [↑](#) Tebartz van Elst L, Hesslinger B, Thiel T, *et al.* "Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study." *Biol Psychiatry* 2003;54:163-71
34. [↑](#) Hazlett EA, New AS, Newmark R, *et al.* "Reduced anterior and posterior cingulate gray matter in borderline personality disorder." *Biol Psychiatry* 2005;58:614-23
35. [↑](#) Rüsçh N, Tebartz van Elst L, Ludaescher P, *et al.* "A voxel-based morphometric MRI study in female patients with borderline personality disorder." *Neuroimage* 2003;20:385-92
36. [↑](#) Irle E, Lange C, Sachsse U. Reduced size and abnormal asymmetry of parietal cortex in women with borderline personality disorder. *Biol Psychiatry* 2005;57:173-8
37. [↑](#) Schmahl C, Bremner JD. "Neuroimaging in borderline personality disorder." *J Psychiatr Res* 2006;40:419-27.
38. [↑](#) New AS, Hazlett EA, Buchsbaum MS, *et al.* "Amygdala-prefrontal disconnection in borderline personality disorder." *Neuropsychopharmacology* 2007;32:1629-40

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

39. [↑](#) Rüsç N, Weber M, Il'yasov K, *et al.* "Inferior frontal white matter microstructure and patterns of psychopathology in women with borderline personality disorder and comorbid attention-deficit hyperactivity disorder." *Neuroimage* 2007;35:738-47
40. [↑](#) Tebartz van Elst y otros, "Corpus callosum abnormalities in women with borderline personality disorder and comorbid attention-deficit hyperactivity disorder", [12] *J Psychiatry Neurosci.* 2007 November; 32(6): 417-422.
41. [↑](#) Harris CL, Dinn WM, Marcinkiewicz JA., "Partial seizure-like symptoms in borderline personality disorder", *Epilepsy Behav.* 2002 Oct;3(5):433-438. [PMID 12609265](#)
42. [↑](#) Zanarini, M.C.; F.R. Frankenburg (1997). "[Pathways to the development of borderline personality disorder](#)". *Journal of Personality Disorder.* 11 (1): 93-104. Accedido el 2007-09-21.
43. [↑](#) «[Affective neuroscience and psychophysiology:Toward a Synthesis](#)». Archivado desde [el original](#) el 19 de julio de 2008.
44. [↑](#) HIGLEY JD y otros: *Maternal absence and stability of individual differences in CSF 5-HIAA concentrations in rhesus monkey infants.* *Am J Psychiatry.* 2005 Sep;162(9):1658-64 [PMID 16135625](#)
45. [↑](#) MEANEY, MJ y KAFFMAN, A: "Neurodevelopmental sequelae of postnatal maternal care in rodents: clinical and research implications of molecular insights." *J Child Psychol Psychiatry.* 2007 Mar-Apr;48(3-4):224-44 [PMID 17355397](#)
46. [↑](#) MEANEY MJ y otros: *Maternal programming of steroid receptor expression and phenotype through DNA methylation in the rat* *Front Neuroendocrinol.* 2005 Oct-Dec;26(3-4):139-62 [PMID 17301183](#)
47. [↑](#) MEANEY MJ y otros: "Maternal programming of steroid receptor expression and phenotype through DNA methylation in the rat" *Front Neuroendocrinol.* 2005 Oct-Dec;26(3-4):139-62 [PMID 16303171](#)
48. [↑](#) TREMBLAY R y otros: "Nonmaternal care in infancy and emotional/behavioral difficulties at 4 years old: Moderation by family risk characteristics." *Dev Psychol.* 2008 Jan;44(1):155-68 [PMID 18194014](#)
49. [↑](#) [The Poly-Vagal Theory.](#) Accedido el 2007-12-7
50. [↑](#) Austin MA, Riniolo TC, Porges SW. "Borderline personality disorder and emotion regulation: insights from the Polyvagal Theory." *Brain Cogn.* 2007 Oct;65(1):69-76 [PMID 17659821](#)
51. [↑](#) Carrasco JL, Díaz-Marsá M, Pastrana JI, Molina R, Brotons L, López-Ibor MI, López-Ibor JJ., "Hypothalamic-pituitary-adrenal axis response in borderline personality disorder without post-traumatic features." *Br J Psychiatry.* 2007 Apr;190:357-8 [PMID 17401044](#)
52. [↑](#) [Lista de Test \[BPD assessment\]](#) (en inglés), BPD resources.
53. [↑](#) Driessen M. y otros "Stability of the dexamethasone suppression test in borderline personality disorder with and without comorbid PTSD: a one-year follow-up study." *J Clin Psychol.* 2007 Sep; 63(9):843-50 [PMID 17674401](#)
54. [↑](#) "[New technique pinpoints crossroads of depression in rat brain.](#)"
 - [Archivado](#) el 16 de septiembre de 2008 en la [Wayback Machine.](#) *Science News*, NIMH.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

55. [↑](#) Geraciotti TD Jr, Kling MA, Post RM, Gold PW, "Antithyroid antibody-linked symptoms in borderline personality disorder.", *Endocrine*. 2003 Jul;21(2):153-8 [PMID 12897379](#)
56. [↑](#) Riemann, D: "Increased delta power and discrepancies in objective and subjective sleep measurements in borderline personality disorder.", *J Psychiatr Res*. 2005 Sep;39(5):489-98 [PMID 15992558](#)
57. [↑](#) Lammers, CH: "Declarative and procedural memory consolidation during sleep in patients with borderline personality disorder.", *J Psychiatr Res*. 2007 Aug 15 [PMID 17706671](#)
58. [↑](#) Goodman, M y Siever, L: *Current Psychological and Psychopharmacologic Treatments of Borderline Personality Disorder*[\[13\]](#)
59. [↑](#) [Dr Leeland heller, "the borderline experience"](#).
60. [↑](#) por MedlinePlus Medicinas (agosto de 2007). [«Amitriptilina»](#). *Medicinas y Suplementos*.
61. [↑](#) Muir, WJ: "Auditory P300 in borderline personality disorder and schizophrenia.", *Arch Gen Psychiatry*. 1987 Jul;44(7):645-50 [PMID 3606330](#)
62. [↑](#) St Clair DM. y otros: "Auditory P300 does not differentiate borderline personality disorder from schizotypal personality disorder.", *Biol Psychiatry*. 1989 Dec;26(8):766-74 [PMID 2590690](#)
63. [↑](#) Mann JJ, "The relationship of platelet 5-HT₂ receptor indices to major depressive disorder, personality traits, and suicidal behavior." *Biol Psychiatry*. 1994 Mar 1;35(5):295-308 [PMID 8011798](#)
64. [↑](#) Van Kempen GM, "Platelet serotonin, monoamine oxidase activity, and [3H]paroxetine binding related to impulsive suicide attempts and borderline personality disorder.", *Biol Psychiatry*. 1998 May 15;43(10):740-6 [PMID 9606528](#)
65. [↑](#) Nair, NP: *Impaired platelet [3H]paroxetine binding in female patients with borderline personality disorder*, 2005 Nov;182(3):447-51 [PMID 16052363](#)
66. [↑](#) van Kempen GM, y otros: "Suicidality, circadian activity rhythms and platelet serotonergic measures in patients with recurrent suicidal behaviour.", *Acta Psychiatr Scand*. 1996 Jan;93(1):27-34
67. [↑](#) Altman, EG y otros: "EEG sleep, lithium transport, dexamethasone suppression, and monoamine oxidase activity in borderline personality disorder.", *Psychiatry Res*. 1988 Jul;25(1):19-30 [PMID 3217463](#)
68. [↑](#) [\[www.biologicalunhappiness.com/BPDiscSp.htm biologicalunhappiness\]](#)
69. [↑](#) [Saltar a: ^a ^b "Borderline Personality Disorder DSM IV Criteria"](#). *BPD Today*. Accedida el 2007-09-21.
70. [↑](#) Johansen, M.; S. Karterud, G. Pedersen, et al. (2004). "[An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct](#) ([enlace roto](#) disponible en [Internet Archive](#); véase el [historial](#) y la [última versión](#)).". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109 (4): 289–98. Accedida el 2007-09-21.
71. [↑](#) American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth edición). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. pp. 663-6. [ISBN 978-0-89042-555-8](#).
72. [↑](#) Zhong, J.; F. Leung (2007-01-05). "[Should borderline personality disorder be included in the fourth edition of the Chinese classification of mental disorders?](#)" *Chin Med J (English)* 120 (1): 77-82. Accedida el 2007-09-21.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

73. [↑](#) Bolton, S.; J.G. Gunderson (September 1996). "[Distinguishing borderline personality disorder from bipolar disorder: differential diagnosis and implications](#)". *Am J Psychiatry* 153 (9): 1202-7. Accedido el 2007-09-21.
74. [↑](#) [Saltar a: ^a ^b](#) (2001). "[Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder](#)". *APA Practice Guidelines*. Retrieved on 2007-09-21.
75. [↑](#) "[Differential Diagnosis of Borderline Personality Disorder](#)". *BPD Today*. Accedido el 2007-09-21.
76. [↑](#) Goodwin, F.K.; K.R. Jamison (1990). *Manic-Depressive Illness*. New York: [Oxford University Press](#), pp. 108-110. [meta />ISBN 0-19-503934-3](#).
77. [↑](#) Akiskal, H.S.; B.I. Yerevanian, G.C. Davis, et al. (1985). "The nosologic status of borderline personality: Clinical and polysomnographic study". *Am J Psychiatry* (142): 192-8
78. [↑](#) Gunderson, J.G.; G.R. Elliott (1985). "The interface between borderline personality disorder and affective disorder". *Am J Psychiatry*. (142):277-288.
79. [↑](#) McGlashan, T.H. (1983). "The borderline syndrome: Is it a variant of schizophrenia or affective disorder?" *Arch Gen Psychiatry*. (40): 1319-23.
80. [↑](#) Pope, H.G. Jr.; J.M. Jonas, J.I. Hudson, et al. (1983). "The validity of DSM-III borderline personality disorder: A phenomenologic, family history, treatment response, and long term follow up study." *Arch Gen Psychiatry* (40): 23-30.
81. [↑](#) [BPD Central - borderline personality disorder resources - basics](#)
82. [↑](#) Zanarini MC y otros *Gender differences in borderline personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study*[\[14\]](#) *Compr Psychiatry*. 2003 Jul-Aug;44(4):284-92
83. [↑](#) BLACK, Dw et al. *Relationship of sex to symptom severity, psychiatric comorbidity, and health care utilization in 163 subjects with borderline personality disorder.* [\[15\]](#) *Compr Psychiatry*. 2007 Sep-Oct;48(5):406-12. Epub 2007 Jul 5
84. [↑](#) Bradley R, Zittel Conklin C, Westen D.[\[16\]](#) "The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes." *J Child Psychol Psychiatry*. 2005 Sep;46(9):1006-19
85. [↑](#) Ren-Patterson RF, Cochran LW, Holmes A, Lesch KP, Lu B, Murphy DL: "Gender-dependent modulation of brain monoamines and anxiety-like behaviors in mice with genetic serotonin transporter and BDNF deficiencies.", *Cell Mol Neurobiol*. 2006 Jul-Aug;26(4-6):755-80. Epub 2006 Sep 22 [PMID 17029036](#)
86. [↑](#) [Saltar a: ^a ^b ^c](#) Arntz, A. (septiembre 2005). "[Introduction to special issue: cognition and emotion in borderline personality disorder.](#)" *J Behav Ther Exp Psychiatry* 36 (3): 167-72. Accedida el 2007-09-21.
87. [↑](#) Stiglmayr, C.E.; T. Grathwol, M.M. Leneham, et al. (May 2005). "[Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer-based controlled field study.](#)" *Acta Psychiatr Scand* 111 (5): 372-9. Accedida el 2007-09-2.
88. [↑](#) Koenigsberg H.W.; P.D. Harvey, V. Mitropoulou, et al. (May 2002). "[Characterizing affective instability in borderline personality disorder](#)". *Am J Psychiatry* 159 (5): 784-8. Retrieved on 2007-09-21.
89. [↑](#) Meyer, B.; M. Ajchenbrenner, D.P. Bowles (December 2005). "[Sensory sensitivity, attachment experiences, and rejection responses among adults with borderline and avoidant features](#)". *J Personal Disord* 19 (6): 641-58. Retrieved on 2007-09-21.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

90. [↑](#) Zanarini, M.C.; F.R. Frankenburg, C.J. DeLuca, et al. (1998). "[The pain of being borderline: dysphoric states specific to borderline personality disorder](#)". *Harvard Review of Psychiatry* 6 (4): 201-7. Retrieved on 2007-09-21.
91. [↑](#) Levy, K.N.; K.B. Meehan, M. Weber, et al. (marzo-abril 2005). "[Attachment and borderline personality disorder: implications for psychotherapy](#)". *Psychopathology* 38 (2): 64-74. Accedido el 2007-09-21.
92. [↑](#) American Psychiatric Association (2001). "[Psychiatric Services](#)". *Psychiatr Serv* (52): 1569-70. Accedido el 2007-09-21.
93. [↑](#) Potter, N. (April 2006). "[What is manipulative behavior, anyway?](#)" *J Personal Disord.* 20 (2): 139-56; discussion 181-5. Accedido el 2007-09-21.
94. [↑](#) McKay, D.; C.A. Gavigan, S. Kulchysky (2004). "[Social skills and sex-role functioning in borderline personality disorder: relationship to self-mutilating behavior](#)". *Cogn Behav Ther* 33 (1): 27-35. Accedido el 2007-09-21.
95. [↑](#) Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford. <meta />ISBN 0-89862-183-6.
96. [↑](#) Hoffman, P.D.; E. Buteau, J.M. Hooley, et al. (2003). "[Family members' knowledge about borderline personality disorder: correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion](#)". *Family Process* 42 (4): 469-78. Accedido el 2007-09-21.
97. [↑](#) Allen, D.M.; R.G. Farmer (January–February 1996). "[Family relationships of adults with borderline personality disorder](#)". *Compr Psychiatry* 37 (1): 43-51. Accedido el 2007-09-21.
98. [↑](#) Daley, S.E.; D. Burge, C. Hammen (August 2000). "[Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women: addressing issues of specificity](#)." *J Abnorm Psychol* 109 (3): 451-60. Accedido el 2007-09-21.
99. [↑](#) Zanarini, M.C.; F.R. Frankenburg, E.D. Dubo, et al. (1998). "[Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder](#)." *Am J Psychiatry.* (155): 1733-9. Retrieved on 2007-09-23.
100. [↑](#) Gregory, R. (2006). "[Clinical Challenges in Co-occurring Borderline Personality and Substance Use Disorders](#)". *Psychiatric Times* XXIII (13). Retrieved on 2007-09-23.
101. [↑](#) Eugen Davids y Markus Gastpar "Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder" *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, Vol. 29, Número 6, julio 2005, pgs 865-877
102. [↑](#) BOHUS, M y otros: "Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder" *The British Journal of Psychiatry* (2008) 192: 118-123. doi: 10.1192/bjp.bp.107.035782 [PMID 18245028](#)
103. [↑](#) Houston RJ, Ceballos NA, Hesselbrock VM, Bauer LO., "Borderline personality disorder features in adolescent girls: P300 evidence of altered brain maturation.", *Clin Neurophysiol.* 2005 Jun;116(6):1424-32
104. [↑](#) Ceballos NA, Houston RJ, Hesselbrock VM, Bauer LO., "Brain maturation in conduct disorder versus borderline personality disorder" *Neuropsychobiology.* 2006;53(2):94-100
105. [↑](#) Zweig-Frank, H. "Predictors of outcome in a 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder." *Comprehensive Psychiatry*, Volume 43, Issue 2, Pages 103-107

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

106. [↑](#) Links PS, Heslegrave R, van Reekum R: "Prospective follow-up study of borderline personality disorder: prognosis, prediction of outcome, and Axis II comorbidity", *Can J Psychiatry*. 1998 Apr;43(3):265-70 [PMID 9561315](#)
107. [↑](#) Gunderson, JG; Zanarini, MC y otros: "Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder", *Am J Psychiatry*. 2006 May;163(5):822-6 [PMID 16648322](#)
108. [↑](#) Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB y Silk KR: "Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder", *Am J Psychiatry*. 2006 May;163(5):827-32 [PMID 16648323](#)
109. [↑](#) Zanarini, M.C.; F.R. Frankenburg, J. Hennen, et al. (February 2005). "[Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years](#)". *J Personal Disord* 19 (1): 19-29. Accedido el 2007-09-23.
110. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b ^c OLDHAM, JM y otros: Practic guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Octubre 2001 [\[17\]](#)
111. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b Binks, C.A.; M. Fenton, L. McCarthy, et al. (2006). "[Psychological therapies for people with borderline personality disorder](#)". *Cochrane Database Systematic Reviews* 25 (1): CD005652. Accedido el 2007-09-23.
112. [↑](#) Aviram, R.B.; D.J. Hellerstein, J. Gerson, et al. (May 2004). "[Adapting supportive psychotherapy for individuals with Borderline personality disorder who self-injure or attempt suicide](#)". *J Psychiatr Pract* 10 (3): 145-55. Acceso el 2007-09-23.
113. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b Gunderson, J.G. MD (2006-04-10). "[Borderline Personality Disorder - Psychotherapies](#)". *American Medical Network*. Acceso 2007-09-23.
114. [↑](#) Hummelen, B.; T. Wilberg, S. Karterud (enero 2007). "[Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy](#)". *Int J Group Psychother* 57 (1): 67-91. Acceso el 2007-09-23.
115. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b Clarkin, J. (junio-16-2007) "Science News". *American Journal of Psychiatry* 171 (24): 374.
116. [↑](#) Davidson, K.; J. Norrie, P. Tyrer, et al. (octubre 2006). "[The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy \(BOSCOT\) trial](#)". *Journal of Personality Disorders* 20 (5): 450-65. Accedido 2007-09-23.
117. [↑](#) Koerner, K.; M.M. Linehan (2000). "[Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder](#)". *Psychiatric Clinics of North America* 23 (1): 151-67. Accedido el 2007-09-23.
118. [↑](#) Murphy, E. T. PhD; J. Gunderson MD (January 1999). "[A Promising Treatment Borderline Personality Disorder](#)". *McLean Hospital Psychiatric Update*. Accedido el 2007-09-23.
119. [↑](#) Verheul, R.; L.M. Van Den Bosch, M.W. Koeter, et al. (febrero 2003). "[Dialectical behavioural therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands](#)". *British Journal of Psychiatry* (182): 135-40. Accedido el 2007-09-23.
120. [↑](#) Linehan, M.M.; K.A. Comtois, A.M. Murray, et al. (julio 2006). "[Ensayo aleatorizado controlado durante dos años de terapias dialéctico-conductuales vs. terapia por expertos en conductas suicidas y TLP](#)". *Archives of General Psychiatry* 63 (7): 757-66. Accedido el 2007-09-23.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

121. [↑](#) Hazelton, M.; R. Rossiter, J. Milner (febrero- marzo 2006). "[Managing the 'unmanageable': training staff in the use of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder](#)". *Contemporary Nurse* 21 (1): 120-30. Accedido el 2007-09-23.
122. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b Giesen-Bloo, J.; R. van Dyck, P. Spinhoven, *et al.* (June 2005). "[Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy](#)". *Archives of General Psychiatry* 63 (6): 649-58. Acceso el 2007-09-23.
123. [↑](#) Darden, M. (2006-10-10). "[New hope for an 'untreatable' mental illness](#)". *EurekAlert!* Accedido el 2007-09-23.
124. [↑](#) Nordahl, H.M., T.E. Nysaeter (September 2005). "[Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series](#)". *J Behav Ther Exp Psychiatry* 36 (3): 254-64. Accedido el 2007-09-23.
125. [↑](#) Ryle, A. (February 2004). "[The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder](#)". *J Personal Disord* 18 (1): 3-35. Accedido el 2007-09-23.
126. [↑](#) [LAPLANCHE, Jean](#), [PONTALIS, Jean-Bertrand](#) bajo la dirección de [LAGACHE, Daniel](#): *Diccionario de psicoanálisis*, Editorial Labor, Barcelona [ISBN 84-335-1510-1](#)
127. [↑](#) [DEUTSCH, Helene](#): "Some forms of emotionnal disturbance and their relationship to schizophrenia." (algunas formas de disturbo emocional y su relación con la [esquizofrenia](#)), *Psychoanalytic Quarterly*, 1942, t. | 11.
128. [↑](#) Le séminaire livre XXIII: Le sinthome (El seminario -libro- XXIII: El sinthome), París: Seuil, 2005.
129. [↑](#) Chemama, Roland & Vandermersch, Bernard (2004). «Artículo: Sinthome». *Diccionario del psicoanálisis*. Segunda edición revisada y ampliada. Buenos Aires & Madrid: Amorrortu editores. pp. 634 -635. [ISBN 950-518-105-1](#)
130. [↑](#) En lo concreto el psicoanálisis se reconoce ineficaz para la cura de los TLP o borderlines como que se reconoce ineficaz para las psicosis.
131. [↑](#) "[Borderline Personality Disorder](#)"
 - [Archivado](#) el 22 de diciembre de 2007 en la [Wayback Machine](#)".Accedido el 2007-09-23.
132. [↑](#) Bateman, A.; P. Fonagy (enero 2001). "[Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up](#)". *American Journal of Psychiatry* 158 (1): 36-42. Accedido el 2007-09-23.
133. [↑](#) Millon, Theodore & Davis, Roger D. (1998/2004). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. quinta reimpression. Barcelona: Editorial Masson. p. 716. [ISBN 978-84-458-0518-3](#).
134. [↑](#) Levy, K.N.; J.F. Clarkin, L.N. Scott, *et al.* (2006). "[The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy](#)". *Journal of Clinical Psychology* (62): 481-501. Acceso el 2007-09-23.
135. [↑](#) Levy, K.N.; K.B. Meehan, K.M. Kelly, *et al.* (2006). "Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (74): 1027-1040.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

136. [↑](#) Clarkin, J.F. PhD; K.N. Levy, PhD, M. F. Lenzenweger, PhD, *et al.* (junio 2007). "[Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study](#)". *The American Journal of Psychiatry* (164): 922-928. Accedido el 2007-09-23.
137. [↑](#) Fonagy P George Gergely G and Target M (2007)The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48:3/4, 288–328
138. [↑](#) Bateman A and Fonagy P (2004) *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization based treatment*. Oxford University Press p. 71
139. [↑](#) Sugarman, A (2006). «Mentalization, insightfulness, and therapeutic action. The importance of mental organization». *International Journal of Psychoanalysis* 87 (4): 965-87. [PMID 16877247](#).
140. [↑](#) Bateman A and Fonagy P (2004) *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization based treatment*. Oxford University Press Ch. 5
141. [↑](#) Bateman A & Fonagy P (2008) "8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder." *American Journal of Psychiatry*, 165 (5)
142. [↑](#) Kaplan, P y otros:"Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study." *Am J Psychiatry*. 2006 May;163(5):833-8 [PMID 16648324](#)
143. [↑](#) Nickel MK, Loew TH, Pedrosa Gil F: "Aripiprazole in treatment of borderline patients, part II: an 18-month follow-up." *Psychopharmacology (Berl)*. 2007 May;191(4):1023-6. Epub 2007 Feb 23
144. [↑](#) Suppes T, Eudicone J, McQuade R, Pikalov A 3rd, Carlson B: "Efficacy and safety of aripiprazole in subpopulations with acute manic or mixed episodes of bipolar I disorder." *J Affect Disord*. 2007 Sep 26, [PMID 17904226](#)
145. [↑](#) Ferreri MM, Loze JY, Rouillon F, Limosin F: "Clozapine treatment of a borderline personality disorder with severe self-mutilating behaviours." *Eur Psychiatry*. 2004 May;19(3):177-8 [PMID 15158928](#)
146. [↑](#) Chengappa KN, Ebeling T, Kang JS, Levine J, Parepally H: "Clozapine reduces severe self-mutilation and aggression in psychotic patients with borderline personality disorder." *J Clin Psychiatry*. 1999 Jul;60(7):477-84 [PMID 1045380](#)
147. [↑](#) Dettling M, Cascorbi I, Opgen-Rhein C, Schaub R: "Clozapine-induced agranulocytosis in schizophrenic Caucasians: confirming clues for associations with human leukocyte class I and II antigens." *Pharmacogenomics J*. 2007 Oct;7(5):325-32. Epub 2006 Oct 17 [PMID 17001352](#)
148. [↑](#) Zanarini MC, Frankenburg FR: "Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled pilot study", *J Clin Psychiatry*. 2001 Nov; 62(11):849-54 [PMID 11775043](#)
149. [↑](#) George Nurnberg y otros: "Olanzapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder." *J Clin Psychiatry*. 2004 Jan;65(1):104-9 [PMID 14744178](#)
150. [↑](#) Zanarini MC, Frankenburg FR, Parachini EA: "A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with borderline personality disorder." *J Clin Psychiatry*. 2004 Jul;65(7):903-7 [PMID 15291677](#)
151. [↑](#) Soler J, Pascual JC, Campins J, Barrachina J, Puigdemont D, Álvarez E, Pérez V: "Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- olanzapine for borderline personality disorder.", *Am J Psychiatry*. 2005 Jun;162(6):1221-4 [PMID 15930077](#)
152. [↑](#) Bellino S, Paradiso E, Bogetto F: "Efficacy and tolerability of quetiapine in the treatment of borderline personality disorder: A pilot study.", *J Clin Psychiatry*. 2006 Jul;67(7):1042-6, [PMID 16889446](#)
153. [↑](#) Perrella C, Carrus D, Costa E, Schifano F: "Quetiapine for the treatment of borderline personality disorder; an open-label study.", *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2007 Jan 30;31(1):158-63, [PMID 17045720](#)
154. [↑](#) Rocca P, Marchiaro L, Cocuzza E, Bogetto F: "Treatment of borderline personality disorder with risperidone.", *J Clin Psychiatry*. 2002 Mar;63(3):241-4 [PMID 11926724](#)
155. [↑](#) [Estudio de la Universidad de Alabama en Birgmingham en curso](#)
156. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b Binks, C.A.; M. Fenton, L. McCarthy, *et al.* (2006). "[Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder](#)". The Cochrane Database of Systematic Reviews (4). Accedido el 2007-09-23.
157. [↑](#) Stoffers, Jutta; Birgit A Völlm, Gerta Rücker, Antje Timmer, Nick Huband, Klaus Lieb (2010). «Pharmacological interventions for borderline personality disorder». *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)* 6: CD005653. [ISSN 1469-493X](#). [doi:10.1002/14651858.CD005653.pub2](#).
158. [↑](#) Kramer, PD *Listening to Prozac*, Viking Press, junio de 1993, [ISBN 0-670-84183-8](#)
159. [↑](#) Siever, L.J.; H.W. Koenigsberg (2000). "[The frustrating no-man's-land of borderline personality disorder](#)"
 - [Archivado](#) el 22 de octubre de 2007 en la [Wayback Machine](#)." (PDF). *Cerebrum, The Dana Forum on Brain Science* 2 (4). Accedido el 2007-09-23.
160. [↑](#) Grootens, K.P.; R.J. Verkes (enero de 2005). "[Emerging evidence for the use of atypical antipsychotics in borderline personality disorder](#)". *Pharmacopsychiatry* 38 (1): 20-3. Accedido el 2007-09-23.
161. [↑](#) Casey, D.E. (1985). "[Tardive dyskinesia: reversible and irreversible](#)". *Psychopharmacology Suppl* (2): 88-97. Accedido el 2007-09-23.
162. [↑](#) Ruetsch, O.; A. Viala, H. Bardou, *et al.* (julio-agosto de 2005). "[Psychotropic drugs induced weight gain: a review of the literature concerning epidemiological data, mechanisms and management](#)". *Encephale* (4 Pt 1): 507-16. Accedido el 2007-09-23.
163. [↑](#) Egger C., "Topiramate treatment for women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study." *J Clin Psychopharmacol*. 2006 Feb;26(1):61-6. [PMID 16415708](#)
164. [↑](#) Bellino S, Paradiso E, Bogetto F., "Oxcarbazepine in the treatment of borderline personality disorder: a pilot study.", *J Clin Psychiatry*. 2005 Sep;66(9):1111-5 [PMID 16187767](#)
165. [↑](#) Bolm T, Piegler T., *Naltrexone in the treatment of dissociative disorders--reflections with regard to a comprehensive therapeutic concept of borderline disorders* *Psychiatr Prax*. 2001 Jul;28(5):214-8 [PMID 11479827](#)
166. [↑](#) Lieb K. y otros, "Clonidine in acute aversive inner tension and self-injurious behavior in female patients with borderline personality disorder." *J Clin Psychiatry*. 2004 Oct;65(10):1414-9 [PMID 15491247](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

167. [↑](#) Sieswerda, LE y otros, "Omega-3 fatty acids as treatments for mental illness: which disorder and which fatty acid?" [18], *Lipids Health Dis.* 2007 Sep 18;6:21 [PMID 17877810](#)
168. [↑](#) Zanarini, M.C.; Frankenburg, F.R. (March - April 2001). "[Treatment histories of borderline inpatients.](#)" *Comprehensive Psychiatry* 42(2): 144-50. Accedido el 2007-09-23.
169. [↑](#) Zanarini, M.C.; F.R. Frankenburg, J. Hennen, et al. (enero de 2004). "[Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years.](#)" *J Clin Psychiatry* 65 (1): 28-36. Accedido el 2007-09-23.
170. [↑](#) Fallon, P. (agosto 2003). "[Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services.](#)" *J Psychiatr Ment Health Nurs* 10 (4): 393-401. Accedido el 2007-09-23.
171. [↑](#) Links, P.; Y. Bergmans, S. Warwar ([July 1 2004](#)). "[Assessing Suicide Risk in Patients With Borderline Personality Disorder.](#)" *Psychiatric Times* XXI (8). Accedido el 2007-09-23.
172. [↑](#) Cleary, M.; N. Siegfried, G. Walter (September 2002). "[Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder](#)". *Australian and New Zealand Journal of Ophthalmology* 11 (3): 186-191. Accedido el 2007-09-23.
173. [↑](#) Nehls, N. (agosto 1999). "[Borderline personality disorder: the voice of patients](#)". *Res Nurs Health* (22): 285-93. Accedido el 2007-09-23.
174. [↑](#) Deans, C.; E. Meocevic "[Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder](#)". *Contemporary Nurse*. Accedido el 2007-09-23.
175. [↑](#) Krawitz, R. (julio 2004). "[Borderline personality disorder: attitudinal change following training](#)". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38 (7): 554. Accedido el 2007-09-23.
176. [↑](#) Soler, J.; J.C. Pascual, J. Campins, et al. (junio 2005). "[Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder](#)". *Am J Psychiatry* 162 (6): 1221-4. accedido el 2007-09-23.
177. [↑](#) Simpson, E.B.; S. Yen, E. Costello, et al. (marzo de 2004). "[Combined dialectical behavior therapy and fluoxetine](#)". *Journal of Clinical Psychiatry* 65 (3): 379-85. Accedido el 2007-09-23.
178. [↑](#) Kaplan, C.A. (septiembre de 1986). "[The challenge of working with patients diagnosed as having a borderline personality disorder.](#)" *Nurs Clin North Am* 21 (3): 429-38. Accedido el 2007-09-23.
179. [↑](#) Aviram, R.B.; B.S. Brodsky, B. Stanley (octubre de 2006). "[Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications](#) ([enlace roto](#) disponible en [Internet Archive](#); véase el [historial](#) y la [última versión](#)).". *Harvard Review of Psychiatry* 14 (5). Accedido el 2007-09-23.
180. [↑](#) American Psychiatric Association (octubre 2001). "Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder". *Am J Psychiatry*.
181. [↑](#) Zanarini, M.C.; F.R. Frankenburg, J. Hennen, et al. (2004). "[Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [prediction of time to remission.](#)" *Am J Psychiatry* 161 (11): 2108-14. Accedido el 2007-09-23.
182. [↑](#) Warner, S.; T. Wilkins (2004). "[Between Subjugation and Survival: Women, Borderline Personality Disorder and High Security Mental Hospitals](#)". *Journal of Contemporary Psychotherapy* 34 (3): 1573-3564. Accedido el 2007-09-23.
183. [↑](#) Flory, L. (2004). [Understanding borderline personality disorder](#). London: Mind. Visitado el 2007-09-23.
184. [↑](#) Campling, P. (2001). "[Therapeutic communities](#)". *Advances in Psychiatric Treatment* (7): 365-372. Visitado el 2007-09-23.
185. [↑](#) SEVERENS JL "The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients." [\[19\]](#) *Eur Psychiatry*. 2007 Sep;22(6):354-61. Epub 2007 Jun 4.
186. [↑](#) Singleton, N.; H. Meltzer, R. Gatward with The Department of Health (1998-10-13). [Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales](#). London: The Stationery Office. [<meta />ISBN 0-11-621045-1](#). Accedida el 2007-09-21.
187. [↑](#) Robinson DJ. *Reel Psychiatry: Movie Portrayals of Psychiatric Conditions*. Port Huron, Michigan: Rapid Psychler Press. p. 234. [ISBN 1-894328-07-8](#).
188. [↑](#) Wedding D, Boyd MA, Niemiec RM (2005). *Movies and Mental Illness: Using Films to Understand Psychopathology*. Cambridge,MA: Hogrefe. p. 59. [ISBN 0-88937-292-6](#).
189. [↑](#) Robinson (*Reel Psychiatry: Movie Portrayals of Psychiatric Conditions*), p. 235
190. [↑](#) Bandelow, Borwin (2007). *Celebrities: Vom schwierigen Glück, berühmt zu sein* (en alemán). Rowohlt Taschenbuch Verla. [ISBN 9783499622755](#).

- 103.13)- Bibliografía.

- 103.13.1)- En español.

- American Psychiatric association. (2002). *Guía clínica para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: ARS Médica. [ISBN 84-9706-037-7](#).
- Bergeret, Jean (2008). *La personalidad normal y patológica*. Gedisa. [ISBN 84-7432-091-7](#).
- Brandt, L. & Giovacchini, P. & Lobel, L. & otros. (1989). *Adolescentes Borderline*. Nueva Visión SAIC. [ISBN 950-602-192-9](#).
- Cancrini, Luigi. (2007). *Océano Borderline: Viajes por una patología inexplorada*. Primera edición. Ediciones Paidós. [ISBN 978-84-493-2013-2](#).
- López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Editorial Masson. [ISBN 978-84-458-1087-3](#).
- Grossman, Seth & Millon, Carrie & Meagher, Sarah & Ramnath, Rowena (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Editorial Masson & Elsevier. [ISBN 978-84-458-1538-0](#).
- Haro, Gonzalo & Martínez-Raga, José (2005). *Trastorno Límite de la personalidad, paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Editorial Médica Panamericana. [ISBN 978-84-7903-167-1](#).
- Kernberg, Otto (2001). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona: Editorial Paidós. [ISBN 978-84-493-1051-5](#).

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- Millon, Theodore & Davis, Roger D. (2004). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Editorial Masson. [ISBN 978-84-458-0518-3](#).
 - Mosquera Barral, M^a Dolores (2004). *Diamantes en Bruto I - Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad*. Ediciones Pléyades. [ISBN 978-84-609-0595-0](#).
 - Mosquera Barral, M^a Dolores (2007). *Trastorno límite de la personalidad. Profundizando en el caos*. Madrid: Ediciones Pléyades. [ISBN 978-84-934645-3-0](#).
 - Roca Bennasar, M. (coordinador) (2004). *Trastornos de la personalidad*. Sociedad Española de Psiquiatría: ARS Médica.
 - Kernberg, O. (1997). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Editorial Paidós. [ISBN 978-950-12-4179-2](#).
 - Kernberg, O. (1992). *Trastornos graves de personalidad*. México: Manual Moderno. [ISBN 978-968-426-418-2](#).
 - Yeomans, Frank E.; Clarkin, John F.; Kernberg, Otto F. (2016). *Psicoterapia centrada en la transferencia. Su aplicación al Trastorno Límite de la Personalidad*. Bilbao: Desclée de Brouwer. [ISBN 978-84-330-2883-9](#).
 - Boll, Sabrina. «Terapia del trastorno límite de la personalidad». *Mente y Cerebro*. 36, 2009, págs. 20-27.
 - Díaz Marsa, Marina, M. Kazuhiro Tajima Pozo y José Luis Carrasco. «El trastorno límite de la personalidad». *Mente y Cerebro*. 36, 2009, págs. 12-19.
 - VER: Los 139 LIBROS Publicados del Prof. Dr. Enrique Barmaimon: -  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra.
 - EN: -LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10; Pag.52- 69.8)-
- 103.13.2)- En alemán.
- Bohus, M.: *Borderline-Störung*, Hogrefe-Verlag, 1^a Edición (2002), [ISBN 3-8017-1096-3](#)
 - Bronhish, T.; Bohus, M.; Dose, M.; Reddemann L.; Unkel, C.: *Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen*, Klett Cotta Verlag, Stuttgart 2005, [ISBN 3-608-89007-6](#) Una fuente importante para este artículo.
 - Herman, J.: *Die Narben der Gewalt*, Junfermann, 2003, [ISBN 3-87387-525-X](#) Una obra bien conocida en círculos profesionales desde el año 1992 que trata en particular la historia de las investigaciones psiquiátricas y con el tema de la violencia oculta en la sociedad. Se contemplan las perturbaciones de la personalidad Borderline desde un punto de vista nuevo y comprensivo. En relación a este artículo es una fuente suplementaria.
 - Huber, M.: *Trauma und die Folgen, Tomo 1*, Junfermann, 2003, [ISBN 3-87387-510-1](#) El tema principal de este tomo son los trastornos disociativos. Las conexiones de éstas con el TLP se tratan en diversos lugares. En relación a este artículo es una fuente suplementaria.
 - Kernberg, O. F.; Dulz, B.; Sachsse, U. y otros: *Handbuch der Borderline-Persönlichkeitsstörungen*, Schattauer, Stuttgart 2001, [ISBN 3-7945-1850-0](#) Una obra de referencia en la materia, con 65 autores reconocidos en 965 páginas. Una fuente principal en algunos apartados de este artículo.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- Kreisman J. J.; Straus, H.: *Zerrissen zwischen Extremen*, Kösel, 2. 2ª Edición (2007), [ISBN 978-3-466-30696-1](#)
- Kreisman J. J.; Straus, H.: *Ich hasse dich, verlaß' mich nicht. Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit*, Kösel, 15. 15ª edición (2005), [ISBN 3-466-30326-5](#)
También disponible en inglés bajo el título *I Hate You, Don't Leave Me: Understanding the Borderline Personality*.
- Linehan, M. M.: *Dialektisch. Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*, CIP-Medien (1996), [ISBN 3-9803074-8-4](#) Libro de una de las más indiscutidas autoridades mundiales, que desarrolló la terapia dialéctica conductual.
- Rohde-Dachser, C.: *Das Borderline-Syndrom*, Huber, 6. 6ª Edición (2004), [ISBN 3-456-83500-0](#)

- 103.13.3)- En inglés.

- Bateman, A. W. y Fonagy, P.: *Mentalization-based treatment of BPD*, Journal of Personality Disorders, febrero de 2004 18 (1): 36-51.
- Clarkin, J. F.; Marziali, E. y Munroe-Blum, H.: *Borderline Personality Disorder: Clinical and Empirical Perspectives*. Guilford press, 1992 [Leer en google books ISBN 0-89862-262-X](#)
- Fonagy, P.; Bateman, A. W.: (abril de 2006). *Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD*. J. Clin Psychol, abril de 2006, 62 (4): 411-30.
- Horowitz, M. J.: *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*, The American Journal of Psychiatry, mayo de 2006, 163 (5): 944-5.
- Linehan, M. M.; Tutek, D. A.; Heard, H.L. y otros: *Interpersonal Outcome of Cognitive Behavioral Treatment for Chronically Suicidal Borderline Patients*. The American Journal of Psychiatry, diciembre de 1994 151 (12): 1771.
- Mahari, A. J.: *The legacy of abandonment in borderline personality disorder*, [<http://www.phoenixrisingebooks.com/dbt> ([enlace roto](#) disponible en [Internet Archive](#); véase el [historial](#) y la [última versión](#)). Phoenix Rising Publications], junio de 2006 [ISBN 1-4276-1453-9](#)
- Vinocur, D.: *Mental representations, interpersonal functioning and childhood trauma in personality disorders*. Long Island University: The Brooklyn Center, 2005 AAT 3195364.
- Zeigler-Hill, V.; y Abraham, P.: *Borderline personality features: Instability of self-esteem and affec*. Journal of Social & Clinical Psychology, junio de 2006 25 (6): 668-687.

- 103.14)- Enlaces Externos.

- 103.14.1)- En español.

ot- Secciones de artículos y documentación en español:

- [Sin límite – Documentos](#) (artículos y noticias sobre el TLP. Foros de ayuda y soporte)
- [Discapnet/Borderline – Documentos](#) (5 artículos escritos por profesionales en español, muchos ros sobre aspectos generales)

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

_ Agrupaciones de familiares de afectados:

- [Directorio de Asociaciones de ayuda al Trastorno Límite de la Personalidad en España](#)
- [Fundación ACAI-TLP](#) (asociación de afectados y familiares de TLP)
- [Asociación Madrileña de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de la Personalidad \(AMAI TLP\)](#)

- Fundaciones de ayuda e investigación de trastornos de la personalidad de familiares de afectados:

- [ARMAI TLP – Fundación de ayuda e investigación de trastornos de la personalidad \(TLP\)](#)

:Relatos de recuperación del TLP de y para personas afectadas:

- [Borderline, desde la frontera – Libro gratuito que narra la recuperación de una paciente \(basado en una historia real\)](#)

- 103.14.2)- En inglés. [[editar](#)]

- [Mental health today](#). Noticias de investigación científica sobre el TLP (Inglés)
- NHS. National Institute for Health and Clinical Excellence. [Borderline personality disorder: treatment and management. Clinical guidelines.](#)
- Esta obra contiene una traducción derivada de [Borderline personality disorder](#) de Wikipedia en inglés, publicada por [sus editores](#) bajo la [Licencia de documentación libre de GNU](#) y la [Licencia Creative Commons Atribución-CompartirIgual 3.0 Unported](#).
- Esta obra contiene una traducción derivada de [Borderline-Persönlichkeitsstörung](#) de Wikipedia en alemán, publicada por [sus editores](#) bajo la [Licencia de documentación libre de GNU](#) y la [Licencia Creative Commons Atribución-CompartirIgual 3.0 Unported](#).

[Control de autoridades](#)

- [Proyectos Wikimedia](#)
-  Datos: [Q208166](#)
-  Multimedia: [Borderline personality disorder](#)

- [Identificadores](#)
- [GND: 4007720-2](#)
- [NKC: ph135781](#)
- [Diccionarios y enciclopedias](#)
- [Britannica: url](#)
- [Identificadores médicos](#)
- [DOID: DOID:10930](#)
- [CIE-10: F60.3](#)
- [CIE-9: 301.83](#)
- [CIAP-2: P80](#)
- [MedlinePlus: 000935](#)
- [eMedicine: 913575](#)
- [MeSH: D001883](#)

-  Datos: [Q208166](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

-  Multimedia:[Borderline personality disorder](#)

-

Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Trastorno límite de la personalidad&oldid=19348913](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Trastorno_límite_de_la_personalidad&oldid=19348913)»

-Categorías:

- [Wikipedia:Artículos desactualizados \(aún sin fecha\)](#);
- [Trastornos de la personalidad](#);

[Editar enlaces](#)

- Esta página se editó por última vez el 21 octubre 2019 a las 10:42.
- El texto está disponible bajo la [Licencia Creative Commons Atribución Compartir Igual 3.0](#); pueden aplicarse cláusulas adicionales. Al usar este sitio, usted acepta nuestros [términos de uso](#) y nuestra [política de privacidad](#).
Wikipedia® es una marca registrada de la [Fundación Wikimedia, Inc.](#), una organización sin ánimo de lucro.
- [Política de privacidad](#)
- [Acerca de Wikipedia](#)
- [Limitación de responsabilidad](#)
- [Desarrolladores](#)
- [Declaración de cookies](#)
- [Versión para móviles](#)

0 0 0 0 0 0 0 0.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- NEUROSIS:



- *El bebedor de ajenjo* de [Viktor Oliva](#). El arte está lleno de referencias a la neurosis. El máximo exponente moderno tal vez sea [Edvard Munch](#), aunque desde [Carl Gustav Jung](#), se viene estableciendo una intensa relación entre el genio creativo y el simbolismo, que acecha tras el desequilibrio neurótico.

-Clasificación y recursos externos:

[Especialidad](#)

[Psiquiatría y psicología](#)

[CIAP-2](#)

[P99](#)

- El término neurosis fue propuesto por el médico escocés [William Cullen](#) en **1769**, en referencia a los trastornos sensoriales y motores, causados por enfermedades del [sistema nervioso](#).
- En la [psicología clínica](#), se usa para designar trastornos mentales, que distorsionan el pensamiento racional y el funcionamiento social, familiar y laboral, adecuado de las personas.
- Existe una confusión generalizada, sobre la utilización del término: por un lado, se aplica, como [síntoma](#), a un conjunto heterogéneo de trastornos mentales, que participan de mecanismos inadaptables, ligados a la [ansiedad](#).
- Por otra parte, su uso popular, como sinónimo de: obsesión, excentricidad o nerviosismo; que ha provocado su extensión a terrenos no estrictamente ligados a la [enfermedad mental](#).
- El término "neurosis", fue abandonado por la psicología científica y la psiquiatría, sustituyéndose por el de "trastornos".
- El término clásico hace referencia a un trastorno mental, sin evidencia de lesión orgánica, que se caracteriza por la presencia de un nivel elevado de [angustia](#), y una hipertrofia disruptiva de los mecanismos compensadores de la misma.
- El sujeto mantiene un adecuado nivel de [introspección](#) y conexión con la realidad, pero presenta la necesidad de desarrollar conductas repetitivas, y en muchos casos inadaptables,

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

con objeto de disminuir el nivel de [estrés](#).

- Se trata, en realidad, de un rasgo caracterial, que acompaña al sujeto durante toda su vida, de gravedad muy variable, desde grados leves y controlables, hasta situaciones gravemente incapacitantes, que pueden llegar a precisar hospitalización.

- La [teoría psicoanalítica](#), afirma que la neurosis es una afección psicógena, cuyos [síntomas](#) cumplen una función simbólica, que pretende volver a poner en escena, un viejo conflicto infantil, siendo la manifestación neurótica, el resultado del [compromiso](#) posible, entre el deseo y la defensa.¹

-Para protegerse de la angustia, las personas recurren a [mecanismos de defensa](#), como: la [represión](#), la [proyección](#), la [negación](#), la [intelectualización](#) y el [desplazamiento](#), entre otros.

-ÍNDICE.-

- CAPÍTULO CIV: - 104)- NEUROSIS.-

- 104.1)- [Origen del Término](#).

- 104.2)- [Concepciones Psicoanalíticas](#).

- 104.2.1)- [Sigmund Freud](#).

- 104.2.1.1)- [Neurosis y Normalidad](#).

- 104.2.1.2)- [La Importancia de la Endebles del Yo Infantil](#).

- 104.2.1.3)- [El Papel de las Pulsiones Parciales](#).

- 104.3)- [En la Obra de Pierre Janet](#).

- 104.4)- [En la Obra de Henri Ey](#).

- 104.4.1)- [Aspectos Clínicos Generales Según Ey](#).

- 104.5)- [La Neurosis y el Arte](#).

- 104.6)- [Referencias](#).

- 104.7)- [Bibliografía](#).

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

- 104.1)- Origen del Término

- El origen del término Neurosis se encuentra a finales del [siglo XVIII](#), aunque su máximo uso se circunscribe al XIX, en plena eclosión de la especialidad [psiquiátrica](#), siendo empleado originalmente para describir cualquier trastorno del sistema nervioso.

- El médico escocés [William Cullen](#), publica en [1769](#), su obra "*Synopsis nosologiae methodicae*", refiriéndose con el término Neurosis, a un trastorno general del sistema nervioso, sin [fiebre](#), ni otras lesiones orgánicas demostrables, y capaz de alterar las capacidades sensitivas y motoras del individuo, mezclándose en este concepto, patologías tan dispares como: mareos y [desmayos](#), el [tétanos](#), la [rabia](#), las [crisis histéricas](#), la melancolía : posteriormente denominada [depresión](#), o la [manía](#).

- 104.2)- Concepciones Psicoanalíticas.

- La [teoría psicoanalítica](#) afirma, que la Neurosis es una afección psicógena, cuyos [síntomas](#) cumplen una función simbólica, que pretende volver a poner en escena, un viejo conflicto infantil, siendo la manifestación neurótica, el resultado del [compromiso](#) posible, entre el deseo y la defensa.¹

- 104.2.1)- Sigmund Freud.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- En su escrito 'La moral sexual "cultural" y la nerviosidad moderna', el neurólogo y psicoanalista austríaco Sigmund Freud, define así a la persona neurótica: "Los neuróticos son aquella clase de seres humanos, que en virtud de una organización refractaria, sólo han conseguido, bajo el influjo de los reclamos culturales, una sofocación aparente, y en progresivo fracaso, de sus [pulsiones](#), y que por eso, sólo con un gran gasto de fuerzas, con un empobrecimiento interior, pueden costear su trabajo de colaboración, en las obras de la cultura, o aun de tiempo en tiempo, se ven precisados a suspenderlo en calidad de enfermos".².

- El Yo neurótico, se revelaría incapaz de llevar a buen término, las obligaciones impuestas por la sociedad en particular, y el mundo exterior en su conjunto. Una considerable porción de sus propias vivencias, no se encuentra dentro de sus dominios, por obra de la represión.

- Su actividad se ve cercenada, por las restricciones superyoicas, y sus esfuerzos se dilapidan en interminables luchas contra el Ello, cuyas constantes intrusiones menoscaban su organización y lo [escinden intestinamente](#), escisión que fue objeto de [su propio artículo por parte de Freud](#). Está imposibilitado para producir síntesis alguna, y se encuentra "desgarrado por aspiraciones que se contrarían unas a otras, por conflictos no tramitados, dudas no resueltas."³.

- Para Freud, no muy lejos de los psicóticos, se sitúan los neuróticos graves. Lo que diferenciaría a unos y a otros, sería la mayor resistencia a la desorganización por parte del Yo neurótico, el cual, en muchos casos, y a pesar de la multiplicidad de sus síntomas, lograría hacer pie en la realidad objetiva, contribuyendo esto, quizá a que el individuo esté mejor predispuesto a recibir tratamiento.⁴.

- 104.2.1.1)- Neurosis y Normalidad.

- En "[Esquema del psicoanálisis](#)", (1940 [1938]), Freud afirma que las neurosis y las [psicosis](#), son manifestaciones de las alteraciones funcionales del aparato anímico, y que, si se decantó por las primeras como objeto de trabajo, fue porque únicamente ellas, eran permeables al influjo de la terapia, que había desarrollado.

- Las perturbaciones neuróticas, no tendrían causas patógenas específicas, lo que las distinguiría de patologías somáticas, tales como las infecciones. Forman un *continuum* terso con los estados definidos como "normales", encontrándose difuminados los límites entre unas y otros, al punto que parece improbable, que se pueda hallarse uno de estos últimos, en el que no se descubra, ni la más mínima traza de neurosis.⁵.

- Hemos discernido, que el deslinde de la norma psíquica respecto de la anormalidad, no se puede trazar científicamente, de suerte que a ese distingo debe adjudicársele sólo un valor convencional, a despecho de su importancia práctica.

- Con ello, hemos fundado el derecho a comprender la vida anímica normal, desde sus perturbaciones, lo cual no sería lícito si esos estados patológicos, neurosis y psicosis, tuvieran causas específicas, que obraran al modo de unos cuerpos extraños.⁶.

- Freud se pregunta, por qué la vida de los neuróticos es más penosa, más sufriente que la del resto, si ni su constitución congénita, ni las experiencias que atraviesan, se distinguen en gran medida de las de otras personas, y responde que ello, ha de cargarse en la cuenta de "unas *disarmonías* cuantitativas".

- Cada particular configuración de la vida humana, encontraría su causa en la [conjugación entre propensiones innatas, e impresiones de carácter contingente](#).

- Así, puede existir cierta predisposición, a que determinado [componente pulsional](#), se

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

desarrolle con excesivo vigor, o a que no tenga la fuerza necesaria; y, a su vez, las vivencias accidentales, impondrán requerimientos particulares a cada individuo, e incluso puede darse el caso, de que, cuando impongan los mismos reclamos a dos personas distintas, la constitución de una de ellas, le permita sobrellevar mucho mejor, lo que la de la otra apenas puede afrontar.⁷

-Sin embargo, tal [etiología](#), que Freud tilda de insatisfactoria y de demasiado general, es tan válida para los estados neuróticos, como para cualquier otra perturbación anímica.

- Por otro lado, él confía en que, si la organización neurótica del Yo, se distingue tan escasamente de la "normal", las indagaciones sobre la primera, podrían echar luz sobre la constitución y las endebleces de la segunda.

- En la Neurosis se constataría tanto la existencia de un reclamo del Ello, que el Yo es incapaz de subyugar por completo, como la de una [fase en el curso del desarrollo individual de importancia incomparablemente mayor](#), a la del resto por lo que refiere a su peso, en la causación de aquella perturbación.⁸

- 104.2.1.2)- La Importancia de la Endeblez del Yo Infantil.



- [Wilhelm Roux](#), padre de la [embriología experimental](#). Freud homologa el impacto diferencial, que tendría determinada excitación, en uno u otro momento del desarrollo del Yo al que, según los trabajos de Roux, podría provocar cierto estímulo potencialmente patógeno, si se lo dejara influir sobre [células germinales](#) o sobre un animal ya desarrollado.

-Según Freud, aparentemente solo hasta la edad de los seis años, podría instalarse una Neurosis, por más que [sus síntomas](#), se volvieran evidentes mucho más adelante.

- La neurosis infantil bien puede pasar completamente desapercibida, o exteriorizarse durante un corto período. La que se desarrolla en la adultez, con la posible excepción de la [neurosis traumática](#), que sería en realidad, continuación de aquella.

- Freud es de la opinión, de que no es digno de sorpresa, el hecho de que el Yo, en tanto sea frágil y no se haya desarrollado aún cabalmente, no tenga éxito en su intento de domeñar exigencias, que más adelante el juego le permitirá elaborar.

- Tanto los reclamos del Ello, como las excitaciones procedentes del exterior, pueden provocar un [efecto traumático](#). El Yo inerte procura protegerse de ambos, a través de unos intentos de huida, precisamente en Ello radican las [represiones](#), que más adelante serán desventajosos, y terminarán restringiendo el desarrollo duraderamente.

- Para dar cuenta de por qué las primeras experiencias traumáticas, provocan en el Yo, menoscabos que dan la impresión de ser desmesuradamente profundos, Freud se vale de una analogía, y recuerda los trabajos de [Wilhelm Roux](#), [embriólogo](#) alemán, que había demostrado [experimentalmente](#), que introducir un alfiler en el cuerpo de un animal ya desarrollado, no tenía las mismas consecuencias, que hacerlo en un grupo de [células](#)

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

[germinales](#), en el transcurso de la [mitosis](#).⁹.

- Las represiones que emprende el Yo, tal vez resulten imprescindibles, para el cumplimiento de otros propósitos, en aquellos momentos inaugurales.

- Freud sostiene, que en su tarea de convertirse en un individuo civilizado en pocos años, el niño recorrerá, de manera sumamente compendiada, un vasto trecho del desarrollo cultural de la humanidad. Para ello, no puede privarse de la guía de la educación, dado que los padres, oficiarán de precursores del [Superyó](#) y, en su calidad de tales, orientarán al Yo del infantil sujeto, mediante restricciones y sanciones, induciéndolo así, a reprimir determinados impulsos.

- Los requerimientos culturales han de contarse, pues, entre los factores predisponentes a la Neurosis. Freud llega a afirmar, incluso que “la añoranza de un Yo fuerte, desinhibido [...] es enemiga de la cultura en el más profundo sentido.”.

- La [prolongada etapa de dependencia infantil](#), rasgo biológico de nuestra especie, viene a sumarse entre las condiciones propicias a la causación de la Neurosis, en tanto la educación familiar, ejercida primariamente en ese período, toma a su cargo la transmisión de las imposiciones culturales.¹⁰.

- El psicoanálisis sostiene la idea de que las tempranas experiencias infantiles, tendrán un impacto incomparable en el ulterior desarrollo del individuo. Cobran entonces gran significatividad, contingencias tales como el [abuso sexual perpetrado en esos años](#), por adultos, una seducción por un niño algo mayor, como pudiera ser un hermano, y el tomar conocimiento, sea visual o auditivamente, de relaciones sexuales entre los padres.

- Estas experiencias, a menudo atizan la sensibilidad sexual del niño, de cuyas propias apetencias concupiscentes, ya no podrá sustraerse. Tales vivencias se entregan a la represión, y contribuyen así a la causación de una compulsión neurótica, que más adelante obstaculizará al Yo, el gobierno sobre la función sexual, induciéndolo incluso a una perdurable enajenación respecto de ella.¹¹.

- El olvido en el que cae, la vasta mayoría de los acontecimientos correspondientes al primer florecimiento de la vida sexual : [amnesia infantil](#), guarda, pues, estrecha relación con las hipótesis psicoanalíticas sobre la [etiología](#) de las Neurosis, así como también con [aspectos técnicos del trabajo terapéutico](#).¹².

- Mientras que este extrañamiento de la sexualidad, daría ocasión a una Neurosis, la ausencia de él propendería a las [perversiones](#), y al trastocamiento no solo de la vida sexual, sino también de otros aspectos de la existencia.¹¹.

- 104.1.2.3)- El Papel de las Pulsiones Parciales.

- Aunque la teoría psicoanalítica, pudiera admitir que aspiraciones pulsionales de cualquier índole, incitasen las mismas represiones, la clínica había demostrado, que los influjos patógenos provienen regularmente de las [pulsiones sexuales parciales](#).

- Los síntomas neuróticos constituyen, para Freud, “una [satisfacción sustitutiva](#), de algún querer-alcanzar sexual, o bien unas medidas para estorbarlas, por lo general unos compromisos entre ambas cosas”.

- Si bien, Freud encuentra en las pulsiones sexuales, los más destacados agentes etiológicos de las Neurosis, concede que aún no ha quedado zanjada la cuestión, de si es esa una prerrogativa, que les corresponde exclusivamente a ellas. Por lo pronto, la sexual es la función, que ha sido más decidida, y ampliamente censurada, en pos del progreso cultural.

- Freud, sugiere que el punto débil de la organización yoica, tal vez se encuentre en la forma

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

en que el individuo se conduce ante la sexualidad, como si el psiquismo, tuviera registro de la discordancia, entre [autoconservación](#), y perpetuación de la especie.¹³.

- 104.3)- En la Obra de Pierre Janet.

- En [1909](#), [Pierre Janet](#), publica "*Las neurosis*", obra en la que establece el concepto de "enfermedad funcional", frente al modelo anatómico-fisiológico.

- Desarrolla así el paradigma médico, que basa el daño, no en la alteración física del órgano, sino en su función. Las funciones superiores, adaptativas, provocan cuando se ven alteradas o disminuidas, un estado "neurasténico", o de "nerviosismo" en el que se sobreexpresan otros estados inferiores, como la agitación o la histeria.

- 104.4)- En la Obra de Henri Ey.

- Para los psiquiatras franceses [Henri Ey](#), P. Bernard, y Ch. Brisset : 1978, el Yo neurótico se caracteriza, por no haber resuelto los problemas de su [identificación](#), y por encontrarse en conflicto consigo mismo.¹⁴.

- Le reconocen a Freud y a sus seguidores, el haber descubierto, que "la patología de esta autoconstrucción del personaje", se arraiga en las primeras relaciones de [objeto](#), y en las identificaciones facilitadas o inhibidas por las mismas.¹⁵.

- Es solo, a través de la identificación a un personaje elevado a la categoría de "[Ideal del Yo](#)", que se llega a ser uno mismo, pero "esta búsqueda de sí, esta dialéctica del ser y del parecer [...], puede ser profundamente trastornada", lo cual ocurriría en tres casos: cuando la identificación a alguien, y en particular a la figura parental del mismo sexo, no puede efectuarse, aquello que algunos psicoanalistas denominan trastornos de las relaciones objetales; cuando la identificación provoca una angustia profunda, y una existencia desgraciada, y cuando se responde al problema recurriendo a [mecanismos de defensa](#) o de compensación imaginarios.

- El irresuelto conflicto interno del Yo, termina por afectar las relaciones del individuo con los demás: la coexistencia con el Otro, le presenta dificultades que no puede resolver.¹⁴. La existencia del neurótico, se encuentra perturbada, en especial por lo que refiere al entorno familiar.¹⁵.

- Ey *et al.*, 1978, critican a los psicoanalistas, que sostienen que el Yo del neurótico, no está alterado: si los síntomas neuróticos, son producidos por las defensas del Yo, y si este aparece, pues, como "demasiado fuerte" en su función [represiva](#), esto se debe a que el Yo, no es normal, y es en realidad demasiado débil.

- Tal anomalía yoica posibilitaría la manifestación de los síntomas. El neurótico es definido como un ser de [carácter](#) patológico, lo que supone que su manera de ser está "[fijada](#) y estereotipada : [compulsión de repetición](#), en forma de disposición fundamental, a la angustia, a la [introversión](#), a los escrúpulos o, por el contrario, a la exaltación imaginativa y apasionada.

- " La existencia neurótica, haría pie sobre este trastorno caracterológico, y en el yo neurótico se descubriría "un desequilibrio afectivo esencial".¹⁴.

- Considera, que el que un paciente haya sido diagnosticado, como psicótico o neurótico, no exime del deber de investigar de manera sistemática, la posibilidad de que se trate de una manifestación, de una afección general o nerviosa, sea esta genética o adquirida.¹⁶.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- 104.4.1)- Aspectos Clínicos Generales Según Ey.

- Respecto de los aspectos clínicos típicamente neuróticos, cabrían mencionarse “una angustia en la se que mezclan los sentimientos de vergüenza, de culpabilidad, el deseo de castigarse, la decepción de las frustraciones, los [complejos de inferioridad](#), etc.”.
- Ey *et al.*, 1978, atribuyen la fascinante incoercibilidad de la angustia neurótica ,al hecho de que, pese a las apariencias, esta no se encuentra supeditada a condiciones situacionales, sino que su punto de partida es inconsciente e interno al individuo, dado que el neurótico no logra asumir el papel de su personaje, identificarse consigo mismo y autenticar su persona.¹⁵
- Ey *et al.* , 1978, retoman la clásica tripartición freudiana de las neurosis de defensa: [histeria](#), [obsesión](#) y [fobia](#).
- En la primera, la angustia es transferida al plano somático: “el sujeto, incapaz de asumir la verdad de su personaje, utiliza todos los medios de expresión somática, para representar a sí mismo y a los demás, la comedia de una formación artificial de síntomas”.
- En la obsesión, proliferan las dificultades para la efectuación del “programa vital”, a través de una serie de conductas mágicas, prohibiciones, rituales y tabúes.
- En la fobia, la angustia toma la forma del pánico, frente a un objeto, una acción o una situación simbólica.¹⁵ .
- Los síntomas neuróticos, se remplazan, se renuevan y se complican sin cesar como si el Yo, prisionero de su inconsciente, no pudiera desempeñar su verdadero papel, el de propia y auténtica identificación. De ahí los caracteres artificiales de esta [semiología](#) : exageración, teatralismo, ficciones, refugio en la enfermedad, etc.; tan característica de la existencia neurótica.¹⁵ .
- Dos aspectos clínicos, serían los fundamentales de la semiología de la personalidad neurótica. En algunos casos, se producirían reacciones [ansiosas](#) o [depresivas](#), como resultado del malestar interior de un Yo, que, pese a buscar su unidad y su identidad, no logra encontrarlas.
- En tales oportunidades, el neurótico se presenta como “un ser débil, inhibido, escrupuloso, inseguro, como si el *temperamento nervioso*, como muy bien vio [Adler](#), estuviera sometido a un paralizante complejo de inferioridad”.
- Por otro lado, también puede ocurrir, que se muestre como “un *personaje complicado*, que se define a sí mismo, por medio de todo tipo de ideas o de conductas paradójicas: autopunición, torturas morales, bravuconerías, reacciones repetitivas o estereotipadas, etc.)”¹⁵ .
- Ey *et al.* , 1978, consideran a la “oposición larvada” :consistente en respuestas del tipo de “¿Para qué? Yo no puedo curar. Dejadme”) “un rasgo característico de la resistencia neurótica a toda tentativa médica o psicoterápica”.¹⁷ .
- Aunque especialmente difícil de contrarrestar en las crisis [maníacas](#) y [melancólicas](#), también en los neuróticos, el [insomnio](#) sería habitual.
- La [catexia](#) de las [zonas erógenas](#) anales y uretrales podría provocar en determinados neuróticos y perversos “singulares aberraciones de las conductas excrementicias : [coprofilia](#), [urolagnia](#)”¹⁸ . La catexia, es como un símbolo, de un conjunto de fuerzas impulsivas, que residían en el *Ello*.
- Por otro lado, el “apragmatismo sexual” : la impotencia o el rechazo de las relaciones amorosas, sería típico de la inhibición neurótica y de los estados [preesquizofrénicos](#).
- Ciertos neuróticos y esquizofrénicos, revelan una excesiva fijación al grupo familiar, de

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

suerte que viven en las “faldas de su madre” o bien manifiestan una temerosa sumisión a la autoridad del padre.¹⁹ .

- La actividad socioprofesional resulta afectada como consecuencia de “su impotencia angustiada para adaptarse”. Los neuróticos también pueden incurrir en “fugas reactivas”, que se producen cuando el individuo huye de su hogar, “por motivos patológicos derivados de una angustiada situación conflictiva”.²⁰ .

~ Los [estados alterados de conciencia](#), si bien son típicos de las psicosis agudas, también pueden observarse en la neurosis, particularmente en la histeria.²¹ .

- En cuanto a los afectos depresivos, Ey distingue tres niveles de regresión. En el más profundo de ellos, se constata la existencia de trastornos del humor, o de los sentimientos vitales : disgusto, abatimiento, inquietud; y emociones paroxísticas : rabia, desespero, miedo, cólera; característicos de la depresión melancólica y del “fondo depresivo” de muchas neurosis, y que, siguiendo la terminología de [Kurt Schneider](#), son más bien endógenos, por cuanto se trata de “afectos cuyo determinismo profundo, depende de anomalías de la organización interna, de las pulsiones instintivas primitivas, sin relación o por lo menos con un mínimo de relación, con los acontecimientos, o las motivaciones psicológicas”.

- En un nivel de regresión intermedio, se encuentran los sentimientos vitales y las emociones relacionados con situaciones imaginarias, que bajo la forma de sentimientos vitales vinculados con la vida fantasmática inconsciente, se presentan principalmente en las neurosis : neurosis de angustia, fobias, etc..

- Finalmente, en el nivel más superficial de regresión, se ubican los afectos reactivos a circunstancias reales, que solo podrían resultar patológicos, desde el punto de vista de su intensidad cuantitativa: “se trata de reacciones afectivas excesivas o desencadenadas por débiles estímulos, en razón del descenso del umbral de reacción. Estos trastornos se encuentran constantemente, en la clínica de las «reacciones» neuróticas.”²² .

- Con respecto a lo que denomina “síndrome psicomotor neurótico”, Ey *et al.* , 1978) afirman: Sobre todo en los neuróticos, es posible observar un conjunto de pequeños trastornos : [tics](#), [tartamudeo](#), espasmos, [paratonía](#), [oncofagia](#), [enuresis](#), que manifiestan el desorden o la fragilidad de integración de las funciones psicomotoras.

- Sobre este fondo neuropático : *síndrome de debilidad motriz* de [Dupré](#), no es raro observar la presentación de crisis emocionales : angustia, enervamiento, exasperación, de crisis psicolépticas : [lipotimias](#), o de accidentes psicosomáticos : vómitos, vértigos, crisis sudorales, que ponen de manifiesto su “hiperemotividad”.²³ .

- 104. 5)- .La neurosis y el Arte.

-A partir de los trabajos de [Freud](#) y [Jung](#), sobre la utilidad del simbolismo en la revelación del inconsciente, se han desarrollado múltiples tesis, sobre la influencia de la psicopatología , y especialmente las neurosis, en la actividad creativa o artística.

- Para Jung, el artista "desvelaba" arquetipos, ayudando al observador del fenómeno artístico, a comprender el universo.²⁴ . Y a través de esa propiedad, elaboró toda una estrategia terapéutica, basada en el valor simbólico del proceso artístico : capaz de revelar los procesos psíquicos del paciente, y de ayudar al terapeuta .

.- La escuela psicoanalítica posterior, ha seguido ahondando en esta línea terapéutica.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 104.6)- Referencias.

1. ↑ [Saltar a: ^{a b} Laplanche y Pontalis, 1996](#), p. 236.
2. ↑ [Freud, Sigmund \(2011\) \[Artículo escrito en 1908\]. «La moral sexual 'cultural' y la nerviosidad moderna». *Ensayos sobre sexualidad*. Globus. ISBN 8482233475.](#)
3. ↑ [Freud, 2013a](#), p. 181.
4. ↑ [Freud, 2013](#), p. 174.
5. ↑ [Freud, 2013](#), p. 183.
6. ↑ [Freud, 2013](#), p. 197.
7. ↑ [Freud, 2013](#), pp. 183-184.
8. ↑ [Freud, 2013](#), p. 184.
9. ↑ [Freud, 2013](#), pp. 184-185.
10. ↑ [Freud, 2013](#), p. 185.
11. ↑ [Saltar a: ^{a b} Freud, 2013](#), p. 187.
12. ↑ [Freud, 2013](#), p. 151.
13. ↑ [Freud, 2013](#), p. 186.
14. ↑ [Saltar a: ^{a b c} Ey, Bernard y Brisset, 1978](#), p. 110.
15. ↑ [Saltar a: ^{a b c d e f} Ey, Bernard y Brisset, 1978](#), p. 111.
16. ↑ [Ey, Bernard y Brisset, 1978](#), p. 76.
17. ↑ [Ey, Bernard y Brisset, 1978](#), p. 80.
18. ↑ [Ey, Bernard y Brisset, 1978](#), p. 82.
19. ↑ [Ey, Bernard y Brisset, 1978](#), p. 83.
20. ↑ [Ey, Bernard y Brisset, 1978](#), p. 84.
21. ↑ [Ey, Bernard y Brisset, 1978](#), p. 89.
22. ↑ [Ey, Bernard y Brisset, 1978](#), p. 93.
23. ↑ [Ey, Bernard y Brisset, 1978](#), pp. 100-101.
24. ↑ Carl Gustav Jung. *Recuerdos, sueños, pensamientos*. Seix Barrall, 2005.

- 104.7)- Bibliografía.

- [Ey, Henri](#); Bernard, P.; Brisset, Ch. (1978). «Semiología». *Tratado de psiquiatría* (Carlos Ruiz Ogara, trad.). Barcelona: Masson. pp. 73-118.
- [Freud, Sigmund \(2013\)](#). «[Esquema del psicoanálisis](#)». *Obras completas* (José Luis Etcheverry, trad.). XXIII - Moisés y la religión monoteísta, Esquema del psicoanálisis y otras obras (1937-1939). Buenos Aires: [Amorrotu Editores](#). pp. 133-209. ISBN 978-950-518-599-3.
- [Laplanche, Jean](#); [Pontalis, Jean-Bertrand](#) (1996). *Diccionario de psicoanálisis* (Fernando Gimeno Cervantes, trad.) [*Vocabulaire de la Psychanalyse*]. Bajo la dirección de [Daniel Lagache](#). Buenos Aires: [Paidós](#). ISBN 978-950-12-7321-2.
- VER: Los 139 LIBROS Publicados del Prof. Dr. Enrique Barmaimon: -  [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)- [-www.bvssmu@org.uy](mailto:www.bvssmu@org.uy) [libros], [barmaimon]).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra.
- EN: -LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10; Pag.52- 69.8)-

- 104.8)- Enlaces Externos.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

-  [Wikiquote](#) alberga frases célebres de o sobre [Neurosis](#).
- [El trastorno psicológico en el artista: ¿mito o realidad?](#)
- [El concepto de neurosis de William Cullen como revolución científica](#)

[Control de autoridades](#)

- [Proyectos Wikimedia](#)
-  Datos: [Q181032](#)
-  Multimedia: [Neurosis](#)
-  Citas célebres: [Neurosis](#)

- [Identificadores](#)
- [GND: 4041901-0](#)
- [LCCN: sh85091169](#)
- [NDL: 00571049](#)
- [Diccionarios y enciclopedias](#)
- [Britannica: url](#)
- [Identificadores médicos](#)
- [CIAP-2: P99](#)

-  Datos: [Q181032](#)
-  Multimedia: [Neurosis](#)
-  Citas célebres: [Neurosis](#)

``

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Neurosis&oldid=119394295>»

[Categorías:](#)

- [Historia de la psicología](#)
- [Psicoanálisis](#)
- [Historia de la medicina](#)
- [Términos médicos obsoletos](#)

Categorías ocultas:

[Editar enlaces](#)

- Esta página se editó por última vez el 22 octubre 2019 a las 06:45.

0 0 0 0 0 0 0 0.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- CAPÍTULO CV: - 105)- TERAPIA DE LA CONDUCTA.-
-De Wikipedia, la enciclopedia libre

- La Terapia de la Conducta es una forma de tratamiento psicológico, derivado de la investigación de laboratorio, desde el enfoque de conducta. La fundamentación [empírica](#) y [teórica](#), sólidamente [científica](#), se considera una característica esencial en sus desarrollos.

-ÍNDICE.-

- CAPÍTULO CV: - 105)- TERAPIA DE LA CONDUCTA.-

- 105.1)- [Lista de Estrategias](#).

- 105.2)- [Historia](#).

- 105.3)- [Técnicas de Modificación de Conducta](#).

- 105.3.1)- [La Desensibilización Sistemática](#).

- 105.3.2)- [La Terapia de Aversión](#).

- 105.3.3)- [El Bio-feed-back o 'Biorrealimentación'](#).

- 105.3.4)- [El Análisis de la Conducta Aplicada](#).

- 105.4)- [Véase También](#).

- 105. 5)- [Referencias](#).

-105.6)- [Bibliografía](#).

-105.7)- [Enlaces Externos](#).

- 105.1)- [Lista de Estrategias](#).

- [Condicionamiento instrumental](#) positivo.
- [Condicionamiento clásico](#).
- [Desensibilización sistemática](#).
- [Entrenamiento asertivo](#).
- [Entrenamiento en resolución de problemas](#).
- [Modelado](#).
- Sensibilización y [extinción encubiertas](#).
- [Entrenamiento autoinstruccional](#).
- [Detención del pensamiento](#).
- [Reestructuración cognitiva](#).
- [Inoculación de estrés](#).
- Focalización sensorial y otros ejercicios de "placereado" ([terapia para disfunciones sexuales](#)).
- [Biorretroalimentación](#) (biofeedback).

- 105.2)- [Historia](#).

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

-Lo que hoy se conoce como la terapia de la conducta, es en realidad la integración de varias líneas de investigación, las más notables son:

- - La línea que investigaba dentro del paradigma de la inhibición recíproca, cuyo mayor representante fue Joseph Wolpe,
- -La línea que investigaba dentro del paradigma [operante](#), cuyo mayor representante fue B. F. Skinner,
- -La línea de las terapias cognitivas, como la [TREC](#) y la [TCC](#), cuyos fundadores respectivos son Albert Ellis y Aaron Beck.

- [Joseph Wolpe](#) publicó en 1958, su libro pionero "*Psicoterapia por inhibición recíproca*", que exponía una fundamentación detallada de la formación de una amplia gama de trastornos conductuales y técnicas para superarlos.

- Entre los trastornos tratados estaban: la [ansiedad](#), las [fobias](#), los problemas sexuales, las conductas [obsesivas](#), [amnesia](#), y la [histeria](#).

- Mientras que las teorías [neurológicas](#), que usaba Wolpe, hoy están superadas, la tecnología desarrollada sigue estando entre las más usadas y efectivas de la terapia de la conducta.

-La idea básica era que la respuesta de ansiedad, podía ser rivalizada e inhibida por una nueva respuesta antagónica.

- La respuesta antagónica usada comúnmente es la relajación, y habiendo aprendido el paciente la técnica de relajación : de Jacobson o alguna otra, se le presenta el estímulo ansiógeno de forma paulatina, de tal manera, que el paciente vaya aprendiendo, a relajarse ante el estímulo, que provoca ansiedad o situación temida. Este método se conoce hoy día, como: [desensibilización sistemática](#).

- En tanto, [B.F. Skinner](#), hacía desarrollos singulares en teoría del [condicionamiento operante](#), a la par de sus amplios estudios de laboratorio, no se implicó de lleno en las aplicaciones clínicas, de lo que llamó: [Análisis experimental del comportamiento](#).

- Sin embargo, los clínicos se entusiasmaron con su modelo parsimonioso, y bien fundamentado [empíricamente](#).

- La línea de las terapias cognitivas, como la [TCC](#) y la [TREC](#), tuvo sus inicios a finales de la década de 1950, y prosigue hoy día, aumentando significativamente el radio de acción y las herramientas disponibles en la terapia de conducta.

- El principal aporte de ellas, a la terapia de la conducta, ha sido la [reestructuración cognitiva](#).

- Hoy día, las distinciones entre la terapia de conducta y otras [terapias cognitivo-conductuales](#), se van eliminando con la creciente integración teórica y clínica.

- Tanto es así, que a finales del siglo veinte, era claro que se trataba de un solo metaparadigma clínico, con una rica gama de variantes, toda con una amplia fundamentación empírica.

-La modificación de conducta, en sentido estricto, comenzó a plantearse a principios del siglo XX, en el laboratorio del fisiólogo ruso Iván P. Pávlov, quien adiestró a un perro, para salivar cuando oía una campanilla, o veía un círculo proyectado en la pared, y a no hacerlo cuando veía una elipse ; en los primeros casos, se le administraba después comida, y en el caso de la elipse una descarga eléctrica.

- Al modificar la forma de la elipse, y asemejarla cada vez más a un círculo, la reacción del perro cambiaba: se agitaba, y no era posible suscitar en él, la respuesta antes condicionada.

- Este tipo de perturbación generada en el laboratorio, se denominó desde entonces 'neurosis experimental'.

-Un segundo hito fundamental para la modificación de conducta , tuvo lugar cuando los

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

principios de condicionamiento pavlovianos, se generalizaron a los seres humanos.

- En 1920, el psicólogo conductista estadounidense John B. Watson y su ayudante Rosalie Rayner, publicaron un estudio experimental, en el que un bebé de 11 meses, que había jugado previamente con una rata blanca de laboratorio, fue condicionado a temerla, asociando su presencia a un ruido fuerte y desagradable, en lo que se llama emparejamiento de estímulos.

- La psicóloga Mary Cover Jones, realizó experimentos similares, pero diseñados para reducir los miedos, ya establecidos en los niños, descubriendo dos métodos particularmente efectivos: el primero, la asociación del estímulo temido, con otro estímulo diferente capaz de suscitar una reacción positiva; y el segundo, la ubicación de un niño que siente temor por un objeto determinado, junto a otros que no lo sienten : inicio de la experimentación sobre el aprendizaje por imitación, de modelos o condicionamiento vicario.

- Los psicólogos ingleses, sudafricanos y estadounidenses, emplearon las técnicas de modificación de conducta, en las décadas de 1940 y 1950 ,con fines clínicos, destacando en este área el médico sudafricano Joseph P. Wolpe, quien cuestionó la eficacia de la psicoterapia tradicional, para el tratamiento de adultos jóvenes, especialmente aquellos que tenían reacciones de miedo incapacitadoras : como las fobias.

- Para tratar los trastornos por ansiedad, Wolpe diseñó procedimientos terapéuticos, basados en el modelo de condicionamiento clásico pavloviano.

-En la misma época, un grupo de psicólogos londinenses, encabezados por Hans Jurgen Eysenck, lanzaron un nuevo programa de investigación, sobre el desarrollo de técnicas de tratamiento, basadas en la teoría del aprendizaje de los conductistas estadounidenses Clark L. Hull y Kenneth W. Spence.

-En Estados Unidos, se llevaron a cabo dos tipos de investigaciones, que ayudaron a determinar el campo de la modificación de conducta: la generalización de los principios del condicionamiento clásico a problemas clínicos, como la enuresis nocturna o el alcoholismo, y la aplicación de los principios del condicionamiento operante o instrumental desarrollados por B. F. Skinner, dirigidos a la educación y tratamiento de los niños minusválidos, en escuelas e instituciones, y al tratamiento de los adultos, en hospitales psiquiátricos.

- A comienzos de la década de 1960, la modificación de conducta, se había convertido en una especialidad, aplicada de la psicología, en sus dos ramas: terapia de conducta y análisis de conducta aplicado.

- 105.3)- Técnicas de Modificación de Conducta.

- Determinadas técnicas empleadas en la terapia de conducta, se hicieron lo suficientemente relevantes, como para adquirir nombres específicos: desensibilización sistemática, terapia de aversión, bio-feed-back ('biorrealimentación'), y el análisis de la conducta aplicada.

- 105.3.1)- La Desensibilización Sistemática.

- La desensibilización sistemática, la técnica más empleada por la terapia de conducta, intenta tratar trastornos, que tengan un origen conocido, como por ejemplo, las fobias a los animales, a los aviones, las fobias sociales o la claustrofobia.

- El método consiste, por lo general, en entrenar al paciente, a relajarse en presencia del estímulo desagradable, que comienza por la presencia distante, o la mera mención del

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

objeto, y va acercándose gradualmente.

- La terapia supone que la reacción de ansiedad, es sustituida poco a poco, por la nueva respuesta de relajación, proceso que se conoce como inhibición recíproca : entre la respuesta fóbica condicionada en el paciente y la respuesta de relajación inducida en el tratamiento.

- 105.3.2)- La Terapia de Aversión.

- La terapia de aversión suele emplearse para eliminar hábitos perniciosos. El estímulo desagradable, como un shock eléctrico : pequeño y controlado, se da al mismo tiempo que sucede el 'hábito negativo'. Las series repetidas del estímulo desagradable y el hábito negativo, pretenden que el estímulo desencadene repulsión, no atracción positiva.

- Esta forma de terapia, ha sido bastante polémica, ya que se cuestiona su eficacia, probablemente porque ni siquiera se atiene al paradigma del conductismo operante, defendido por Skinner, que como ilustra en su utopía novelada Walden II, desconfía de la capacidad de los refuerzos negativos, para extinguir una respuesta.

- 105.3.3)- El Bio-feed-back o 'Biorrealimentación'.

- La 'biorrealimentación': se usa sobre todo en el tratamiento de las alteraciones de la conducta, que tienen una base física. Suministra al paciente información sobre procesos fisiológicos, tales como: la tensión arterial o el ritmo cardiaco. Con la ayuda de dispositivos mecánicos, pueden observarse las variaciones puntuales en el funcionamiento del cuerpo humano. El terapeuta podrá compensar los cambios que crea convenientes, como el descenso de la presión sanguínea.

- 105.3.4)- El Análisis de la Conducta Aplicada.

- El análisis de conducta aplicada, se usa para poner a punto técnicas educacionales y terapéuticas de formato constante, pero personalizable. Cinco etapas esenciales caracterizan este enfoque:

1. - Decidir qué puede hacer el paciente para mejorar el problema;
2. - Preparar un programa destinado a debilitar la conducta no deseada y a fortalecer la conducta de sustitución;
3. - Poner en práctica el programa terapéutico de acuerdo a los principios conductuales;
4. - Llevar registros cuidadosamente detallados, y
5. - Modificar el programa si ello produce mejores resultados.

- 105.4)- Véase También.

- [Conductismo;](#)
- [Análisis experimental del comportamiento;](#)
- [Interconductismo;](#)
- [Conductismo psicológico;](#)
- [Teoría de marcos relacionales;](#)
- [Ingeniería del comportamiento;](#)
- [Modificación de conducta;](#)

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- [Terapia cognitiva](#);
- [Terapia de aceptación y compromiso](#);
- [Terapia analítico-funcional](#);
- [Terapia dialéctica conductual](#);

- 105.5)- Referencias.

- Joseph Wolpe (1958). "Psychotherapy by Reciprocal Inhibition". Edición española: "Psicoterapia por inhibición recíproca", Editorial Española Desclée de Brouwer, Bilbao, 1981.
- Michel Hersen & Cynthia G Last (1985). "Behavior Therapy Casebook". Edición española: "Manual de casos de terapia de conducta", Editorial Española Desclée de Brouwer, Bilbao, 1993.

- 105.6)- Bibliografía.

- VER: Los 139 LIBROS Publicados del Prof. Dr. Enrique Barmaimon: -  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)- [-www.bvssmu@org.uy](mailto:www.bvssmu@org.uy) [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra.
- EN: -LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10; Pag.52- 69.8)-

- 105.7)-Enlaces Externos.

[Control de autoridades](#)

- [Proyectos Wikimedia](#)
-  Datos: [Q1483649](#)
- [Identificadores](#)
- [GND: 4062874-7](#)
- [LCCN: sh85012900](#)
- [Diccionarios y enciclopedias](#)
- [Britannica: url](#)
- [Identificadores médicos](#)
- [MeSH: D001521](#)

-  Datos:[Q1483649](#)



Obtenido de

«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Terapia_de_la_conducta&oldid=118693737»

[Categoría:](#)

- [Psicoterapia](#)

Categorías ocultas:

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

[Editar enlaces](#)

- Esta página se editó por última vez el 22 octubre 2019 a las 06.59.

0 0 0 0 0 0 0 0.

- CAPÍTULO CVI: - 106)- TERAPIA COGNITIVA.-

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-La Terapia Cognitiva es una [terapia psíquica](#) , que no debe confundirse con la [psicología cognitiva](#).

- Para la psicología cognitiva, los problemas mentales y emocionales, están estrechamente relacionados a los procesos cognitivos.

- El postulado central de la terapia cognitiva, es que las personas sufren por la interpretación, que realizan de los sucesos y no por estos en sí mismos.

- Durante el proceso terapéutico, se busca que la persona paciente flexibilice la adscripción de significados, y encuentre en ella misma, interpretaciones más funcionales y adaptativas.¹

.- Surgió en los 50, a partir de diversos cambios sociales y científicos.

- De hecho, una parte importante de la [psicología cognitiva](#), estudia el proceso mental, mediante simulaciones informáticas, e investigación centrada en la [inteligencia artificial](#).² .

- Incluye un gran conjunto de técnicas conocidas, como [reestructuración cognitiva](#).

-ÍNDICE.-

- CAPÍTULO CVI: - 106)- TERAPIA COGNITIVA.-

-106.1)- [Introducción](#)

- 106.2)- [Tipos de Terapias Cognitivas](#).

- 106.2.1)- [Evaluación Inicial](#).

- 106.2.2)- [Psicoeducación](#).

- 106.2.3)- [Biblioterapia](#).

- 106.2.4)- [Autoayuda](#).

- 106.3)- [Pensamientos Disfuncionales](#).

- 106.4)- [Aplicación](#).

- 106.4.1)- [Trastornos del Eje I del DSM](#).

- 106.4.1.1)- [Depresión](#).

- 106.4.1.2)- [Ansiedad](#).

- 106.4.2)- [Trastornos del Eje II del DSM](#).

- 106.5)- [Referencias](#).

- 106.6)- [Bibliografía](#).

- 106.7)- [Véase También](#).

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- 106.1)- Introducción.

-A menudo se habla de una diferencia entre la terapia cognitiva y la [cognitivo-conductual](#), según el nivel de inferencia y enfoque teórico de partida, ya sea de la conducta, o de la cognición.

- El enfoque [cognitivo](#) clásico, considera que dentro del proceso de pensamiento, se pueden localizar explicaciones sobre la conducta.

- Desde el enfoque conductual, la explicación de la conducta, sólo puede sustentarse en el medio, y no en conceptos intrapsíquicos : dentro de la mente.

- Se mantienen por tantos distintos [axiomas](#) de partida. Sin embargo la visión del enfoque cognitivo-conductual identifica, una estrecha relación entre comportamiento y cognición: por lo que importa técnicas conductuales, para modificar patrones emocionales y de pensamiento.

- Pretende así, superar la visión asociacionista del estímulo-respuesta, por un proceso mental de significación y creación de reglas.

- Parte del supuesto, que tanto los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, están interrelacionados de modo, que un cambio en uno de ellos, afecta a los otros dos componentes.

- Por otra parte, también suele referirse a la terapia cognitiva, como la aplicación de la [psicología cognitiva](#), al mantener una concepción psicológica, centrada en los procesos mentales : como el razonamiento, la memoria y la atención; y desde un punto de vista intrapsíquico : entendiendo que existe algo dentro de la mente, comparable de unas personas a otras.

- Es por tanto, aparentemente incompatible con la visión psicoanalítica, que no se centra en el proceso mental.

- La principal diferencia de ambas escuelas, radica en la concepción teórica de la mente, aunque puedan realizar técnicas similares; por ejemplo: [Albert Bandura](#), con su "[Teoría del aprendizaje social](#)"; o [Aaron T. Beck](#), con su "[Terapia cognitiva](#)".

- Incluso la [reestructuración cognitiva](#), ha sido investigada desde la [terapia de conducta](#), con importantes aportaciones teóricas y prácticas, entendiéndola como el moldeamiento de la conducta verbal.

- 106.2)- Tipos de Terapias Cognitivas.

- El [proceso psicoterapéutico](#), que experimentará el sujeto puede tomar distintas formas, según las necesidades reconocidas por el psicoterapeuta y el proceso metodológico.

- Estas psicoterapias no son "técnicas", sino [ciencia aplicada](#), por lo que suelen constar de un método más o menos definido, para lograr unos objetivos, según su enfoque teórico de partida.

-Existen distintas psicoterapias cognitivas: las más conocidas son : con sus respectivas variantes para cada [psicopatología](#), la terapia cognitiva de [Aaron T. Beck](#), centrada en los [pensamientos automáticos](#) y en las [distorsiones cognitivas](#); y la [terapia racional emotiva conductual](#), de [Albert Ellis](#), centrada principalmente en las [creencias irracionales](#).

- También existe un conjunto de técnicas, estrategias terapéuticas, y metodología propias de estas psicoterapias, que procuran ajustarse al método científico de sujeto único (N=1).

- El principal método terapéutico empleado, por Beck, es el [empirismo colaborativo](#); pero en cambio, Ellis, utiliza como principal herramienta terapéutica, el [diálogo o debate socrático](#), el

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

cual centra sus orígenes en el [estoicismo](#).

-Un gran conjunto de síntomas clínicos, pueden explicarse a través de la cognición; por ejemplo: el [estrés psicosocial](#), la [depresión](#), la [ansiedad social](#), las [fobias](#) específicas, los [trastornos de adaptación](#) y los [trastornos de personalidad](#), entre otros.

-La Terapia Cognitiva implica la intervención de terapeutas, que trabajan en colaboración con los pacientes, para desarrollar habilidades, que permitan identificar y reemplazar los pensamientos y creencias distorsionadas; y en última instancia, cambiar el comportamiento habitual asociado a ellos. Por lo general, se centra en el presente, y es un tratamiento orientado, a la resolución de problemas.

-El direccionamiento y la reevaluación de los patrones de pensamiento negativo, allanan el camino para formas más flexibles de pensamiento, el aumento de la positividad, y la voluntad de asumir, actividades, que pondrán a prueba, las creencias negativas.

- 106.2.1)- Evaluación inicial.

- Se pide al cliente, completar una serie de reportes. Mediante el análisis de los resultados, se evalúan los problemas actuales y pasados. Estos cuestionarios estandarizados, evalúan : depresión, ansiedad, emociones, toma de decisiones, personalidad, relaciones interpersonales, abuso de sustancias y otros problemas.

- Dichos problemas, pueden incluir: postergación de las responsabilidades, autoestima, tristeza, inactividad, ansiedad, conflictos en las relaciones interpersonales, entre otros.

-Conjuntamente el paciente y el terapeuta, establecen una lista de metas a alcanzar y técnicas a aplicar³.

- 106.2.2)- Psicoeducación.

- La Terapia Cognitiva utiliza frecuentemente la Psicoeducación, que consiste en la explicación en forma breve, del modelo teórico de trabajo, dándole al paciente información sobre sus problemas y padecimientos.

- Así, éste comprende lo que le ocurre, y nota que el terapeuta, también logra entenderlo en su padecer, lo que frecuentemente produce un aumento en la motivación, que logra incrementar lo que llamamos adherencia.

- La psicoeducación es una obligación ética con el paciente, el terapeuta debe explicar en forma clara y sencilla, el tratamiento a seguir.

- 106.2.3)- Biblioterapia.

- Esta modalidad, consiste en sugerir al paciente la lectura de libros, que traten sobre sus problemas, así reforzará ciertos aspectos trabajados en el tratamiento, aumentar el compromiso, y disminuir las ansiedades. No sólo deben sugerirse libros, sino películas, o actividades, que puedan resultar de utilidad clínica.

- 106.2.4)- Autoayuda.

- Algunas investigaciones muestran, que los pacientes, que se comprometen en realizar actividades de autoayuda, tienen más posibilidades de mejorar.

-En conjunto con el terapeuta, el paciente puede desarrollar técnicas e intervenciones, que le

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

ayuden a manejar sus emociones y pensamientos , de formas más efectivas, cuando no se encuentre en terapia. La Autoayuda refuerza el sentido de auto-efectividad⁴.

- 106.3)- Pensamientos Disfuncionales.

- La funcionalidad es un concepto más bien cognitivo-conductual, ya que refiere al análisis funcional de la conducta.

- El [análisis funcional](#) , cuenta con antecedentes en otras ciencias; por ejemplo, en la física y matemáticas, para evadir discursos filosóficos de [causalidad](#), o desde la biología y economía, para entender la utilidad o función dentro de un sistema.

- Ambos de estos antecedentes, acontecen cuando se habla de funcionalidad en psicología.

-Por ejemplo, enmarcado en cada marco teórico, estas [distorsiones cognitivas](#), pueden entenderse como: *pensamientos disfuncionales*, *pensamientos negativos automáticos*, o como *creencias irracionales*.

- Así, desde este enfoque, los [pensamientos](#) se consideran la causa de las [emociones](#), y no a la inversa. "Pensamiento-emoción-consecuencia", que emula el enfoque conductual "Antecedente-respuesta-consecuente".

-Si bien algunos autores, han calificado a los pensamientos automáticos, como "irracionales" o "ilógicos", las concepciones más actuales, proponen sustituir estos términos ,por "disfuncionales" o "desadaptativos".

- Siguiendo el postulado central de esta terapia, en tanto el hombre, es un constructor activo de su realidad, habría tantas realidades posibles como seres humanos, por lo cual los pensamientos, no serían en sí mismos irracionales o racionales, sino simplemente diferentes, según que información se priorice o tenga por irrelevante.¹ .

- 106.4)- Aplicación.

- 106.4.1)- Trastornos del Eje I del DSM.

- 106.4.1.1)- Depresión.

-Existen [sesgos cognitivos](#) demostrados empíricamente; entre ellos, suelen encontrarse algunos prototípicos en la depresión, conocidos como [tríada cognitiva](#).

-Paralelamente, experimentos con perros, evidenciaron la [indefensión aprendida](#). Este modelo cognitivo, consiste en tres patrones cognitivos principales, que inducen al sujeto a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias, de un modo idiosincrásico:

- - El primer componente de la tríada: - Se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables, a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico.
 - Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree, que, a causa de estos defectos, es un inútil carente de valor. Por último, piensa que carece de los atributos esenciales, para lograr la alegría y la felicidad.
- - El segundo componente de la tríada cognitiva: - Se centra, en el caso del depresivo, en interpretar sus experiencias de una manera negativa. A él le parece, que el mundo le hace demandas exageradas, y/o le presenta obstáculos insuperables, para alcanzar sus objetivos.
 - Interpreta sus interacciones con el entorno, en términos de relaciones de derrota o [frustración](#).

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- Estas interpretaciones negativas, se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles.
- - El tercer componente de la tríada cognitiva: - Se centra en la visión negativa acerca del futuro. La persona espera penas, frustraciones, y privaciones interminables.
- Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.
- El modelo cognitivo considera el resto de los signos y [síntomas](#), por ejemplo de un [síndrome depresivo](#), como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo : tristeza, enfado, que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente, que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo.
- El [Inventario de Depresión de Beck \(BDI, BDI-II\)](#), creado por [Aaron T. Beck](#), es un cuestionario autoadministrado, que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple.
- Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario, pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad.
- Está compuesto por reactivos relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa, o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión : por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y pérdida del [apetito sexual](#)).
- Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en [1961](#); la revisión de [1971](#), con el título BDI-1A; y el BDI-II, publicado en [1996](#).
- El BDI es bastante utilizado, como herramienta de evaluación de la depresión, por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas.
- El resultado del BDI, no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión; se necesitan evaluaciones complementarias : entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etcétera), pero es una herramienta útil, para verificación.
- El desarrollo del BDI, ha sido muy importante para la [psicología](#) y la [psiquiatría](#), ya que permite un análisis menos categórico.
- También ha establecido, un principio seguido en su desarrollo, por otros cuestionarios autoadministrados, que los reactivos pueden recabarse directamente de los pacientes, y a partir de ellos, sugerir teorías, y no como ocurría antes: desarrollar un instrumento a partir de una teoría, que podría no ser válida.
- Este instrumento, se utiliza mucho en investigación. Buscando en [PubMed](#), se encuentran 3,209 artículos revisados, que han utilizado este inventario, para medir la depresión, y ha sido traducido en múltiples idiomas europeos, así como en: [árabe](#), [japonés](#), [persa](#) y [xhosa](#).
- 106.4.1.2)- Ansiedad.
- Siguiendo los mismos postulados, que los desarrollados por Beck, para pacientes con depresión, se han desarrollado modelos de tratamientos, para los [trastornos de ansiedad](#), basados en la reestructuración de los esquemas cognitivos.
- Se ha encontrado, que ciertos pensamientos y creencias, son propios de determinados trastornos de ansiedad. Por ejemplo, los pacientes con [trastorno de angustia](#), presentan ideas referidas, a temores respecto de sus sensaciones corporales, que interpretan como dañinas, y temen que les causen la muerte o locura.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- Los pacientes con [trastorno de ansiedad generalizada](#), suelen tener ideas tanto positivas como negativas, respecto de su preocupación (p. ej. «*preocuparme me ayuda a estar preparado; preocuparme tanto podría enloquecerme*»),⁵ por su parte, los pacientes con [trastorno obsesivo compulsivo](#), presentan, en mayor medida que quienes no tienen dicho cuadro, creencias negativas sobre la presencia de ciertos pensamientos (p. ej. «*Si pienso algo malo sobre alguien puedo provocarlo*»),⁶.
- Los pacientes con [fobia social](#), suelen presentar ideas disfuncionales sobre su desempeño en público : p. ej. Voy a hacer el ridículo; y finalmente, quienes padecen [trastorno por estrés postraumático](#), suelen presentar pensamientos disfuncionales ,respecto de los recuerdos del suceso traumático (p. ej. «*Si continúo recordando lo sucedido, voy a enloquecer*»).
- La esencia del tratamiento es la flexibilización, y modificación de los pensamientos disfuncionales, para lo cual el terapeuta, se vale de diversas estrategias, tales como el diálogo socrático, el testeo de hipótesis, la exposición, etc.

- 106.4.2)- Trastornos del Eje II del DSM.

- En 2003, Beck publicó un libro, donde explica, cómo aplicar terapia cognitiva, a los diferentes [trastornos de personalidad](#).⁷.

- 106.5)- Referencias.

1. ↑ [Saltar a:](#)^{a b} Rodríguez Biglieri, R. & Vetere, G. (2011).«[Manual de terapia cognitiva-conductual para los trastornos de ansiedad](#)». Buenos Aires: Polemos. [ISBN 978-987-649-028-3](#)]
2. ↑ Carlos Pereira. «[Aplicaciones psicológicas de la realidad virtual http://terapiadeparejafacil.com](#)»..
3. ↑ «[The American Institute for Cognitive Therapy](#)».
4. ↑ «[The American Institute for Cognitive Therapy - Home](#)». [cognitivetherapynyc.com](#).
5. ↑ Rodríguez Biglieri, R. & Vetere, G. (2010). «[Ansiedad, Rasgo y Creencias relacionadas con Trastornos de Ansiedad: Una comparación entre el Trastorno de Ansiedad Generalizada y otros cuadros de ansiedad](#)». *Perspectivas en Psicología*, 7, 8-15.
6. ↑ Vetere, G. (2012). «[El poder de la mente](#)». ITCC Argentina.
7. ↑ [Terapia cognitiva para los trastornos de personalidad](#), editorial Paidós Ibérica, 2005, [ISBN 8449318041](#) y 9788449318047

- 106.6)- Bibliografía.

- [David D. Burns](#) (rev ed) (1999). «*Feeling Good: The New Mood Therapy*». Avon. [ISBN 0-380-81033-6](#)
- James P. Jr. McCullough, (August 27, 2003). «*Treatment for Chronic Depression : Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*». Guilford Press. [ISBN 1-57230-965-2](#)
- VER: Los 139 LIBROS Publicados del Prof. Dr. Enrique Barmaimon: -  - [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)- [-www.bvssmu@org.uy](mailto:www.bvssmu@org.uy) [libros],

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

[barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra.

- EN: -LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10; Pag.52- 69.8)-

- 106.7)- Véase También.

- [Conductismo](#);
- [Cognición](#);
- [Psicología cognitiva](#);
- [Psicoterapia](#);
- [Ingeniería del comportamiento](#);
- [Terapias cognitivo-conductuales](#);
- [Terapia dialéctica conductual](#);
- [Análisis experimental del comportamiento](#);
- [Modificación de conducta](#);
- [Psicología conductista](#);
- [Conductismo psicológico](#);
- [Terapia de la conducta](#);
- [Terapia de aceptación y compromiso](#);
- [Cambio cognitivo](#);

-106.8)- Enlaces Externos.

[Control de autoridades](#)

- [Proyectos Wikimedia](#)
-  Datos: [Q13693745](#)
-  Multimedia: [Cognitive therapy](#)

-  Datos:[Q13693745](#)
-  Multimedia:[Cognitive therapy](#)

Obtenido de

«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Terapia_cognitiva&oldid=119295286»

Categorías:

- [Terapia cognitiva](#)
- [Psicoterapia](#)

Editar enlaces

- Esta página se editó por última vez el 22 octubre 2019 a las 07:52.

0 0 0 0 0 0 0 0

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- CAPÍTULO CVII: - 107)- TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES.-

-De Wikipedia, la enciclopedia libre

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

- Suelen combinar técnicas de [reestructuración cognitiva](#), de entrenamiento en [relajación](#), y otras estrategias de [afrontamiento](#) y de [exposición](#).¹

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

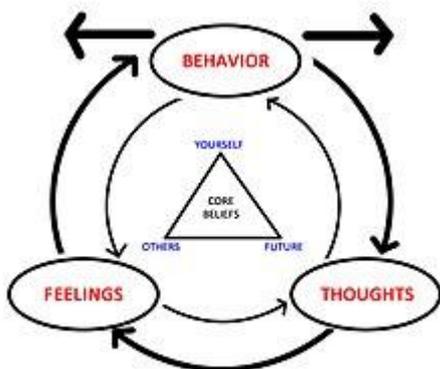
- Igualmente los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos, afecta a los otros dos componentes.

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

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

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

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



-Diagrama que muestra cómo las emociones, los pensamientos y los comportamientos, se influyen los unos a los otros. El triángulo en el interior, representa el principio de las TCCs donde aparecen los tres vértices: uno mismo, los otros, y el futuro.

- ÍNDICE.-

- CAPÍTULO CVII: -107)- TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES.-

- 107.1)- [Lista de Algunas Terapias Cognitivo-conductuales.](#)

- 107.2)- [Fechas Históricas.](#)

- 107.3)- [Evidencia de Eficacia Clínica.](#)

- 107.4)- [Véase Además.](#)

- 107.5)- [Referencias.](#)

-107.6)- [Bibliografía.](#)

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

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

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

- 107.2)- Fechas Históricas.

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

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

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

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

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

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- 1958 Introducción de la [terapia racional emotiva conductual](#) (en esa época denominada "terapia racional") a la literatura profesional, por [Albert Ellis](#).
- 1963 Introducción del [conductismo psicológico](#) como teoría marco que unifica los esfuerzos de investigación cognitivas y conductuales, por [Arthur Staats](#).
- 1963 Introducción de la [terapia cognitiva](#) para la depresión en la literatura profesional, por [Aaron Beck](#).
- 1971 Introducción de la [terapia de solución de problemas](#), de [D'Zurilla](#) y [Goldfried](#).
- 1973 Introducción del entrenamiento por [inoculación del estrés](#), por [Donald Meichenbaum](#).

- 107.3)- Evidencia de Eficacia Clínica.

- Los resultados de investigaciones clínicas controladas dan fuerte apoyo a la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales en general.
- Los resultados no deben confundirse entre sí, puesto que el grado de eficacia es variable, y resulta dependiente del tipo de problema conductual; de tal manera que unas técnicas son mejores que otras, y la integración de tecnología cognitiva y conductual, parece rendir mejores resultados.
- Se ha demostrado útil, tratando algunos trastornos y padecimientos, como: la ansiedad, la depresión, los ataques de pánico, las fobias, la bulimia, y la esquizofrenia, entre otras.⁴

- 107.4)- Véase Además.

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

- 107.5)- Referencias.

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

-107.6)- Bibliografía

2. VER: Los 139 LIBROS Publicados del Prof. Dr. Enrique Barmaimon: -  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)- [-www.bvssmu@org.uy](#) [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

3. EN: -LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10;
Pag.52- 69.8)-

- 107.7)- Enlaces Externos.

- [Artículo sobre terapia cognitivo-conductual;](#)
- [PDF de TCC;](#)

Obtenido de «https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Terapias_cognitivo-conductuales&oldid=115960306»

Categorías:

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

Editar enlaces

- Esta página se editó por última vez el 22 octubre 2019 a las 08:23.

0 0 0 0 0 0 0 0.

- CAPÍTULO CVIII: - 108)- PSICOTERAPIA.-

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-La Psicoterapia ,de «[psicología](#)» ,ciencia social que estudia los pensamientos, las emociones y el comportamiento humano, y «[terapia](#)» : forma de [intervención social](#), que busca la mejora de la salud del paciente, cliente o consultante que la solicita, que es un tratamiento científico, de naturaleza psicológica, que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones, en : el comportamiento, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica, y el bienestar de las personas o grupos, tales como la pareja o la familia.

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

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

formación acreditados, que cumplen parámetros de rigor y de calidad.¹.

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

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

-ÍNDICE.-

- CAPÍTULO CVIII: - 108)- PSICOTERAPIA.-

-108.1)- [Escuelas de Psicoterapia.](#)

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

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

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

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

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

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

- 108.6)- [Véase También.](#)

- 108.7)- [Referencias.](#)

- 108.8)- [Bibliografía.](#)

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

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

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

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

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

- 108.1)- Escuelas de Psicoterapia.

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

- Escuela Conductual. De esta se desprenden diversos enfoques psicoterapéuticos, entre los que destacan los siguientes:
 - Terapia Cognitivo-conductual (CBT, en inglés).
 - Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).
 - Terapia Dialéctica-conductual (DBT).
- Escuela Psicodinámica. De esta se desprenden diversos enfoques psicoterapéuticos, entre los que destacan los siguientes:
 - Psicoanálisis.
 - Psicoanálisis Lacaniano.
 - Terapia Psicoanalíticamente Orientada.
 - Terapia Psicodinámica.
- Escuela Sistémica. De esta se desprenden diversos enfoques psicoterapéuticos, entre los que destacan los siguientes:
 - Escuela Estructural.
 - Escuela Estratègica.
 - Escuela de Milán.
 - Escuela Intergeneracional.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- Terapia Centrada en Soluciones.
 - Terapia Narrativa.
 - Escuela Humanista. De esta se desprenden diversos enfoques psicoterapéuticos, entre los que destacan los siguientes:
 - Psicoterapia Humanista Orientada en la Persona o el Cliente.
 - Psicoterapia Humanista.
- A cada una de estas concepciones, para cada una de las escuelas o corrientes, se las llama en conjunto «Psicoterapia». Además, el término Psicoterapia, no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas orientaciones teórico-prácticas.
- Existen diversos organismos nacionales e internacionales en al menos 30 países del mundo.
- Cada uno de estos organismos, genera diversas acciones en pro de la calidad ética y científica de los profesionales, que realizan esta actividad, así como del avance general de la psicoterapia, como quehacer profesional.
- En España la entidad acreditadora más antigua, tanto de psicoterapeutas como de programas de formación en Psicoterapia, es la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia (FEAP).².
- Desde esta entidad, se entiende por Psicoterapia todo tratamiento de naturaleza psicológica, que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones del comportamiento, la adaptación al entorno, la salud psíquica y física, la integración de la identidad psicológica, y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos, tales como la [pareja](#) o la [familia](#).
- Por lo tanto, el término Psicoterapia, no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-especializado, que se especifica en diversos y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas.
- Las intervenciones terapéuticas son de naturaleza fundamentalmente verbal, y persiguen la reducción o eliminación de los [síntomas](#), a través de la modificación de patrones emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales, o de los [sistemas](#), en los cuales vive inmerso el individuo.
- Dentro de la Psicoterapia existe una gran diversidad de corrientes, enfoques y conceptos teóricos, aplicados al ámbito psicoterapéutico, que dan origen a otras tantas maneras de establecer este contexto de [comunicación](#) , llegando incluso a configurarse distintos [paradigmas](#).
- Sin embargo, dos características, que unifican a la Psicoterapia son:
- - El contacto directo y personal , entre el psicoterapeuta y quien le consulta, principalmente a través del diálogo.
 - - La calidad de «relación terapéutica» del contexto de comunicación, esto es, una relación de ayuda destinada, a generar un cambio en quien consulta.
- Debido a la naturaleza de las comunicaciones, que se establecen dentro de esta relación, hay temas significativos de [privacidad](#) o [confidencialidad](#) de la información intercambiada, que remite a consideraciones éticas, para el ejercicio de la Psicoterapia : Código Deontológico.
- Por esto, la habilitación, de quienes pueden ejercer la Psicoterapia, requiere de un proceso de entrenamiento, guiado por terapeutas, que cuentan con mayor tiempo de experiencia o estudios, dentro del campo respectivo.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

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

- 108.2)-Escuelas y Enfoques.

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

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

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

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

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

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

-El concepto de paradigma, es utilizado comúnmente como sinónimo de “ejemplo”; también se puede decir, que es hacer referencia en caso de algo, que se toma como “modelo”.

-En principio se tenía en cuenta en el campo, tema, ámbito, entre dos personalidades u otros..., gramatical : para definir su uso en un cierto contexto, y se valoraba desde la retórica : para hacer mención a una parábola o fábula.

- A partir de la década de 1960, los alcances de la noción, se ampliaron, y paradigma : comenzó a ser un término común, en el vocabulario científico, y en expresiones etimológicas, cuando se hacía necesario, hablar de modelos de conocimiento, aceptados por las comunidades científicas.

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

-Sin embargo, actualmente existen terminología especializada, que permite hablar del mismo fenómeno, desde distintas corrientes teóricas, alcanzando así ejes comunes, que permiten dar solidez, al ejercicio de las Psicoterapias.

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

- Líneas Tradicionales:
 - La línea [Psicoanalítica](#);
 - La línea [Conductual](#) y la [Cognitivo-conductual](#);

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- La línea [Humanista](#).
 - Líneas Modernas:
 - Línea [Construccionista](#);
 - Línea [Constructivista](#);
- Estas líneas o corrientes psicoterapéuticas, siguen desarrollándose, y definiéndose a partir de sus avances teóricos y prácticos : es decir, desde la investigación, el desarrollo teórico, y la acumulación de datos clínicos.
- En realidad existe cierto salto, entre la psicología puramente teórica y la psicología clínica, en el sentido de que la mayoría de los psicólogos clínicos, suelen llevar a cabo determinadas prácticas, que se encuentran enmarcadas en cada orientación teórica.
- Este hecho sucede, porque, como es bien conocido con independencia de la corriente psicoterapéutica, es la relación e interacción entre el psicoterapeuta y el «cliente», lo que permite explicar una parte muy importante de los efectos de la terapia.
- Lo cual no implica, que la corriente teórica sea prescindible, sino que existe una reciprocidad, entre la práctica clínica y la corriente teórica de mutuo desarrollo.
- De hecho, no podría ser de otro modo, ya que conforme se van haciendo explícitos los efectos, que permiten optimizar la psicoterapia, estos se irán incorporando a cada una de las corrientes teóricas, desde sus respectivos enfoques.
- Más aún, hoy día es un momento especialmente importante, ya que los límites entre las distintas corrientes teóricas psicoterapéuticas, empiezan a diluirse y, de hecho, la psicología clínica, empieza a usar una serie de terminología, que permite hablar de los mismos fenómenos, desde distintas posturas teóricas: por ejemplo: el [insight](#) (visión interna), la [experiencia emocional correctiva](#), o la [transferencia](#).
- Son conceptos surgidos desde una sola corriente, que al evidenciarse la existencia del [fenómeno](#), se redefine conceptualmente en cada perspectiva teórica.
- Este movimiento integrador dentro de la psicoterapia, pretende, más que generar modelos teóricos nuevos, integrar tanto en el plano epistemológico, teórico y técnico, elementos de diferentes escuelas psicológicas.
- Esto puede llevarse a cabo desde distintas concepciones: integrar teorías, [eclecticismo técnico](#) : usar las técnicas eficaces sin atender a su origen teórico, o incluso seleccionar directamente, qué perspectivas son útiles, para qué tipo de problemas o diagnósticos.

- 108.3)- Lista de Modalidades Psicoterapéuticas.

- Línea Psicoanalítica o Psicodinámica:
 - -[Psicoanálisis](#) (de [Sigmund Freud](#), desde 1896).
 - -[Psicoanálisis lacaniano](#) (de [Jacques Lacan](#), desde 1953).
 - -[Psicoanálisis kleiniano](#) (de [Melanie Klein](#), desde 1920).
 - -[Psicología analítica](#) (de [Carl Gustav Jung](#), desde 1913).
 - -[Terapia adleriana](#) (de [Alfred Adler](#), desde 1911).
 - - [Análisis modular transformacional](#) ([Hugo Bleichmar](#)).
 - -[Terapia psicodinámica](#).
- Línea Conductual y Cognitivo-conductual:
 - -[Psicología conductista](#).
 - -[Ingeniería del comportamiento](#).
 - -[Modificación de conducta](#) (de Kazdin, Lindsey).

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [-Terapia contextual](#) (de Hayes, Kohlemberg).
- [-Análisis contingencial](#) (de [Ribes](#), Díaz-González).
- [-Terapia de la conducta](#) (de Wolpe, Marks, Cautela, Yates, [Arthur W. Staats](#)).
- [-Terapia cognitiva analítica](#).
- [-Terapia cognitiva-conductual](#) o conductual-cognitiva.
- [-Terapia cognitiva](#) (de [Aaron Beck](#)).
- [-Terapia racional emotiva conductual](#) (de [Albert Ellis](#)).
- [-Medicina conductual y biorretroalimentación](#).
- [-Terapia cognitivista](#).

- Línea Humanista-experiencial o Existencial-fenomenológica:
 - [-Psicología humanista](#) ([Maslow](#), desde los años sesenta).
 - [-Terapia centrada en el cliente](#) (de [Carl Rogers](#)).
 - [-Terapia experiencial de Greenberg](#).
 - [-Terapia experiencial de Gendlin](#) (focusing).
 - [-Logoterapia](#) (de [Viktor Frankl](#)).
 - [-Psicología transpersonal](#).
 - [-Constructivismo \(psicología\)](#).
 - [-Respiración holotrópica](#) (de [Stanislav Grof](#)).
 - [-Terapia gestáltica](#) (de [Fritz Perls](#)).
 - [Terapia teórica gestalt](#) (de [Hans-Jürgen Walter](#)).
 - [-Análisis transaccional](#) ([Eric Berne](#)).
 - [-Terapia existencial](#) ([Irvin D. Yalom](#)).
 - [-Psicodrama](#) ([Jacob Levy Moreno](#)).

- Línea Construcccionista y Sistémica:
 - [-Terapia familiar](#).
 - [-Terapia familiar estructural](#) (de [Salvador Minuchin](#)).
 - [-Terapia breve centrada en soluciones](#) (de [Steve de Shazer](#) e [Insoo Kim Berge](#)).
 - [-Psicoterapia breve estratégica](#) (de [Paul Watzlawick](#), [Giorgio Nardone](#), [Jay Haley](#). Grupo de Palo Alto).
 - [-Terapia sistémica](#) (de [Mara Selvini Palazzoli](#), [Luigi Boscolo](#) & [Gianfranco Cecchin](#). Grupo de Milán).
 - [- Constructivismo \(psicología\)](#).

- Línea Constructivista:
 - [-Terapia cognitivo procesal sistémica](#) (de [Vittorio Guidano](#)).
 - [-Constructivismo \(psicología\)](#).
 - [-Psicología de los constructos personales](#) (de [George Kelly](#)).

- Línea Transpersonal:
 - [-Respiración holotrópica](#) (de [Stanislav Grof](#)).
 - [-Psicología integral](#) (de [Ken Wilber](#)).
 - [-Psicosíntesis](#) (de [Roberto Assagioli](#)).
 - [-Terapia enteogénica](#) (de varios autores).

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- 108.4)- Objetivos de las Psicoterapias.

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

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

- 108.5)- Eficacia de la Psicoterapia.

- Entendiendo la Psicoterapia, como un conjunto de tratamientos específicos, propios del modelo médico, según la revista científica " *Psicothema* ", que realizó una revisión a la luz de recientes investigaciones en aquellos años, concluyó que tan sólo en: el Trastorno Bipolar y Esquizofrenia, la Psicoterapia se ha mostrado menos eficaz, que el tratamiento con psicofármacos. En todo el resto de trastornos : 12, en este artículo, la psicoterapia se evidencia como el tratamiento más eficaz.³ .

- 108.5.1)- Estudios Comparativos de Eficacia.

- Existen diversos estudios sobre la eficacia de las distintas terapias disponibles, que muestran variaciones, entre las distintas metodologías disponibles.
- Las formas más frecuentes de investigación de eficacia, consisten en los RCTs (randomized control trials) y el [metaanálisis](#) de diversos estudios.

- 108.5.2)- Tratamientos Científicamente Validados.

- En agosto de 2012, la APA (American Psychologist Association: asociación psicologista estadounidense) emitió un comunicado,⁴ en el que , recopilando la literatura científica existente : más de 140 estudios de calidad, basados en la evidencia y metaanálisis, que avalan la eficacia de la psicoterapia, en ensayos clínicos controlados y en contextos reales, así como los resultados obtenidos en diversas poblaciones, se creó el concepto de «psicoterapia basada en la evidencia».
- De acuerdo con estos estudios científicos, las intervenciones psicológicas, deben ser reconocidas por el Sistema Sanitario de cada país, como prácticas eficaces y rentables, en relación con sus costes/beneficios.
- La APA hace referencia a la psicoterapia entendida globalmente, incluyendo cinco grandes

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

categorías: terapia conductual; terapia cognitiva; terapias humanistas; [psicoanálisis](#) y terapias dinámicas; y terapia integrativa (u holística); y define el término Psicoterapia, como: "la aplicación informada y deliberada de métodos clínicos y posicionamientos interpersonales, derivados de principios psicológicos establecidos, con el propósito de ayudar a las personas a modificar sus conductas, cogniciones, emociones y/u otras características de personalidad en la línea que los participantes estimen conveniente".

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

-Además, durante la investigación de la efectividad de las terapias psicológicas, los investigadores se han dado cuenta de que ocurre el efecto placebo, en el mismo grado que ocurre en las investigaciones con medicamentos. Es por ello, que a la hora de validar la eficacia de un tratamiento, se requiere comparar los resultados del tratamiento : grupo experimental, con dos grupos: uno que no reciba ningún tipo de terapia : grupo control, y uno que reciba una terapia inocua : grupo placebo, como por ejemplo, dedicarles tiempo de escucha y charlar con los pacientes, sin aplicar ningún método psicoterapéutico.

-Otra variable que se interpone en el camino de la evaluación de los resultados, tiene que ver con la maduración, propia de los sujetos con el paso del tiempo. Se trata de variables evolutivas ,que se relacionan con la experiencia de la vida, y con el enriquecimiento de las experiencias cotidianas.

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

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

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

- Otras también son la guía de la [APA](#), la GPC del Sistema Nacional de Salud,⁵ y la guía del Registro Nacional de Prácticas y Programas (RNPP).

- 108.6)- Véase También.

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

- 108.7)- Referencias.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

1. [↑](#) FEAP - Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas.
[«Definiciones de Psicoterapia y Psicoterapeuta».](#)
2. [↑](#) www.feap.es
3. [↑](#) [El grano y la Criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13 \(3\), 523-529](#)
4. [↑](#) [Resolution on the Recognition of Psychotherapy effectiveness - Approved August 2012](#), artículo en inglés que se puede encontrar traducido al español en el sitio web del Colegio Oficial de Psicólogos (de Madrid).
5. [↑](#) <http://www.guiasalud.es>

-108.8)- Bibliografía.

- VER: Los 139 LIBROS Publicados del Prof. Dr. Enrique Barmaimon: -  [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)- [-www.bvssmu@org.uy](http://www.bvssmu@org.uy) [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra.
- EN: -LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10; Pag.52- 69.8)-

- 108.8.1)- Escuelas Psicodinámicas.

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

- 108.8.2)- Escuelas Humanistas.

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

- 108.8.3)- Escuelas Conductistas.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- Caballo, V. (Ed.) (1991). *Manual de técnicas de modificación y terapia de la conducta*. Pirámide, Madrid.
- Caballo, V., Buela-Casal, G, & Carrobles, J. A. (1995). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Siglo XXI, Madrid.
- Delgado Senior, Franzel (1983). *Aplicaciones clínicas de la terapia de conducta*. México: Trillas.
- Kanfer, F. H. & Goldstein, A. P. (1974/1986). *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao: DDB.
- Labrador F. & Muñoz, J. (1997). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Martin, G. & Pear, J. (1996/1999). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Prentice Hall.
- Pérez-Álvarez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- VV.AA. (2006). *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*. vol. 5, n.º 2 (ejemplar dedicado a: últimos desarrollos de la terapia de conducta (ante la tercera generación), págs. 159-172. ISSN 1579-0207.
- 108.8.4)- Psicoterapia en General.]
 - Feixas, Guillem & Miró, M^a Teresa (1998). [*Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*](#). Barcelona: [Paidós](#). ISBN 978-84-7509-949-1.
 - Kriz, Jürgen (1990 (2ª edición 2012)). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires/Madrid: [Amorrortu Editores](#). ISBN 978-950-518-242-8.
- 108.9)- Enlaces Externos.
 - [Federación española de asociaciones de psicoterapeutas \(FEAP\)](#) (en español e inglés).
 - [The International Federation for Psychotherapy \(IFP\)](#) Federación Internacional de Psicoterapia (en inglés).
 - [European Association for Psychotherapy \(EAP\)](#) Asociación Europea de Psicoterapia (en inglés).
 - [International Association for Applied Psychology \(IAAP\)](#) Asociación Internacional de Psicología Aplicada (en inglés).
 - [European Federation of Psychologist's Associations \(EFPA\)](#) Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (en inglés).
 - [Society for Psychotherapy Research \(SPR\)](#) Sociedad para la investigación en Psicoterapia (en inglés).

- Proyectos Wikimedia
-  Datos: [Q183257](#)
-  Multimedia: [Psychotherapy](#)

[Control de autoridades](#)

- Identificadores
- BNF: [11941285p \(data\)](#)
- GND: [4047746-0](#)
- LCCN: [sh85108516](#)
- NDL: [00570408](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**



- [NARA: 10643288](#)
- Diccionarios y enciclopedias
- [Britannica: url](#)
- Identificadores médicos
- [MeSH: D011613](#)

-  Datos:[Q183257](#)
-  Multimedia:[Psychotherapy](#)

``

-Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicoterapia&oldid=116337684>»

-Categoría:

- [Psicoterapia](#);

-Editar enlaces:

- Esta página se editó por última vez el 22 octubre 2019, a las 10:13.

0 0 0 0 0 0 0 0.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- CAPÍTULO CIX: - 109)- MIGRAÑA.-
- De Wikipedia, la enciclopedia libre.

- MIGRAÑA:



- El dolor producido por la migraña es incapacitante

Clasificación y recursos externos

Especialidad	Neurología
CIE-10	G43
CIAP-2	N89
OMIM	157300
MedlinePlus	000709

Sinónimos

- Hemicránea
- Jaqueca

- La migraña, también llamada hemicránea (del griego ἡμικρανίον *hemikranion* 'un lado de la cabeza') o jaqueca (del árabe *ax-xaquica* 'media cabeza'), es una enfermedad que tiene como síntoma principal el [dolor de cabeza](#), pulsátil, unilateral u opresivo, acompañado

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

de [náuseas](#) o [vómitos](#), sensibilidad a la luz o los sonidos, usualmente muy intenso, e incapacitante para quien lo sufre.

- Es una afección muy frecuente, cuyo origen es una combinación de factores genéticos, con ambientales, que afecta a entre el 11 % y el 16 % de la población general, siendo la [incidencia](#) más alta en las mujeres.¹²³⁴⁵⁶ .
- Se debe distinguir la auténtica migraña, de otros tipos de [cefalea](#) o dolores de cabeza, tales como: la [cefalea tensional](#), que es mucho más usual; la [cefalea en racimos](#); y las cefaleas secundarias, que pueden estar originadas por multitud de causas, como: [gripe](#), [meningitis](#), [traumatismos craneoencefálicos](#), y [tumores cerebrales](#).⁷ .
- El 80 % de los pacientes migrañosos, presentan su primer ataque, antes de los 30 años.
- La enfermedad cursa con episodios de [dolor](#) agudo, intercalados entre largos periodos libres de síntomas. La frecuencia de las crisis es muy variable, lo más usual es entre uno y cuatro episodios al mes, que duran entre 4 y 72 horas, si no se realiza ningún tratamiento.
- El dolor puede estar precedido de manifestaciones neurológicas variadas, llamadas aura, que consisten en trastornos visuales, o sensación de hormigueo en: [labio](#), [lengua](#) y la mitad de la cara.
- El dolor suele ser de gran intensidad, afecta a la mitad derecha o izquierda de la cabeza, más raramente a ambos lados simultáneamente, se acompaña de: sensibilidad a la luz ([fotofobia](#)), náuseas, entumecimiento de extremidades y lengua, [vómitos](#), y empeora claramente con la actividad física.
- Por ello los pacientes, suelen retirarse a una habitación oscura, y permanecen inactivos, hasta que desaparecen los síntomas.⁸ .

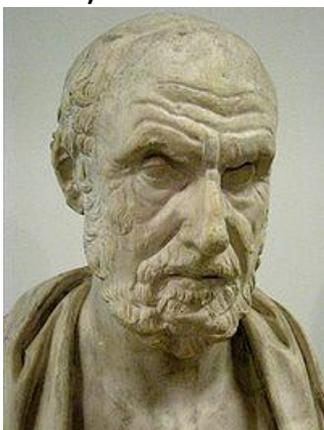
-ÍNDICE.-

- CAPÍTULO CIX: - 109)- MIGRAÑA.-
- 109.1)- [Historia](#)
- 109.2)- [Etiología](#).
- 109.2.1)- [Teoría Vascolar](#).
- 109.2.2)- [Teoría Neurogénica](#).
- 109.2.3)- [Eje Intestino-cerebro](#).
- 109.3)- [Factores Desencadenantes](#).
- 109.4)- [Cuadro Clínico](#).
- 109.4.1)- [Pródromos](#).
- 109.4.2)- [. Aura](#).
- 109.4.3)- [. Dolor](#).
- 109.4.4)- [. Resolución y Pósdromos](#).
- 109.5)- [Migraña en la Infancia y Adolescencia](#).
- 109.5.1)- [Vómitos Cíclicos de la Infancia](#).
- 109.5.2)- [Migraña Abdominal](#).
- 109.5.3)- [Vértigo Benigno Paroxístico de la Infancia](#).
- 109.6)- [Clasificación](#).
- 109.7)- [Complicaciones](#).
- 109.7.1)- [Estatus Migrañoso](#).
- 109.7.2)- [Migraña Crónica](#).
- 109.7.3)- [Infarto Migrañoso](#).
- 109.7.4)- [Migralepsia](#).
- 109.8)- [Tratamientos](#).

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- 109.8.1)- [Tratamientos No Farmacológicos](#).
- 109.8.2)- [Tratamiento de las Crisis](#).
- 109.8.3)- [Medicación Preventiva](#).
- 109.8.4)- [Otros Tratamientos](#).
- 109.8.4.1)- [Bioretroalimentación](#).
- 109.9)- [Véase También](#).
- 109.10)- [Referencias](#).
- 109.11)- [Bibliografía](#).
- 109.12)- [Enlaces Externos](#).

- 109.1)- [Historia](#).

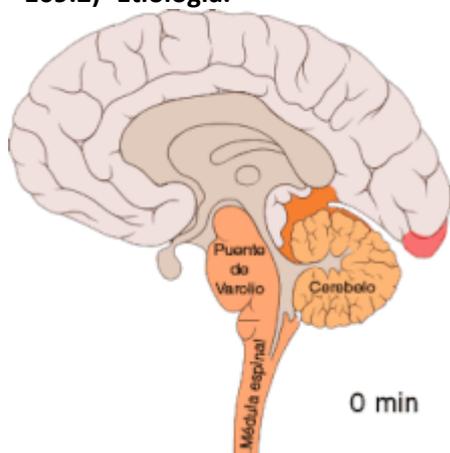


- Busto de Hipócrates en el [Museo Pushkin](#).
- En el [siglo V antes de Cristo](#), [Hipócrates](#) , 460 a. C.-370 a. C., describió un dolor de cabeza, que con toda probabilidad era una migraña con aura.
- Explicó los síntomas de un enfermo, que veía una extraña luz inexistente delante del ojo, tras lo cual aparecía un dolor muy intenso, que afectaba a la parte derecha del cráneo, y se aliviaba con los vómitos.⁹
- La primera descripción detallada de la migraña, procede del médico [Areteo de Capadocia](#) ,120?-200? d. C.), en el [siglo II después de Cristo](#), que en su tratado" *Sobre las causas y los síntomas de las enfermedades*", la denominó heterocránea.¹⁰ .
- Otro médico ilustre de la antigüedad, [Galeno](#) , 130-200, fue el primero en utilizar la palabra «hemicránea», que evolucionó a «hemigranea», «emigranea», «migranea», «megrim» en [inglés antiguo](#), «migraine» en [francés](#), y «migraña» en español.¹¹ .
- Galeno, creía que la hemicránea se debía a que el tejido que separa los dos hemisferios cerebrales , la denominada [hoz del cerebro](#), impedía que el dolor se propagase del hemisferio derecho, al izquierdo o viceversa.
- [Avicena](#), el gran médico persa , 980–1037, se ocupó en sus textos de la migraña, y explicó que el dolor se exacerbaba, cuando durante la crisis, el enfermo realizaba cualquier movimiento, comía o bebía. También describió, que existía intolerancia a la luz y a los ruidos, debido a lo cual el paciente, tenía que retirarse a una habitación oscura, y no deseaba hablar ni moverse, hasta que desaparecía el dolor.¹² .
- [Thomas Willis](#) , 1621-1675, fue uno de los pioneros del estudio moderno de la [neurología](#), y el primero en proponer la teoría vascular de la migraña, según la cual el dolor se originaba por la vasodilatación, de los vasos sanguíneos de la cabeza.¹³ .

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- En 1912, [Edward Flatau](#), publicó en alemán y polaco, una de las primeras monografías modernas en la migraña.¹⁴.
- En una revisión de los antecedentes históricos de los aspectos generales de los dolores de cabeza, Isler y Rose, dice: "*Su monografía única de 1912, "Die Migrane", contiene un excelente estudio de la mayoría de los autores anteriores, observaciones clínicas precisas, una evaluación crítica de la fisiopatología, y las opiniones acríicas sobre el tratamiento, incluyendo las curas de arsénico.*"¹⁵.
- En 1937, Harold G. Wolff y John Graham, demostraron que la [ergotamina](#), tiene un efecto vasoconstrictor sobre las arterias temporales. Wolff publicó el libro "*Cefalea y otras formas de dolor de cabeza*" y desarrolló la teoría vascular, para explicar la aparición de la crisis.¹⁶.

- 109.2)- Etiología.



- Animación del fenómeno de la depresión cortical propagada. La depresión cortical propagada, es una alteración de la actividad eléctrica de la [corteza cerebral](#), que consiste en una onda de excitación, seguida por otra de inhibición, que partiendo de la región occipital, se extiende por la corteza cerebral, a una velocidad de 3 mm por minuto.¹⁷.
- Los mecanismos bioquímicos, que determinan que una persona sea susceptible a presentar episodios de migraña, no son totalmente conocidos.
- Existe un claro componente hereditario, sin embargo no se ha logrado determinar un [gen](#) único, que sea el responsable de la enfermedad; probablemente estén implicados numerosos genes diferentes, y debido a ello la gravedad de los síntomas, y otras manifestaciones, como el aura, son muy variables entre los diferentes pacientes.
- Una excepción la constituye una forma especial de la enfermedad, llamada migraña hemipléjica familiar, en la que se ha logrado determinar con exactitud, que existe una mutación en el [cromosoma 19](#) (19p13), que es la responsable de su aparición.¹⁸.

- 109.2.1)- Teoría Vascular.

- Clásicamente se le ha dado un papel muy importante a la teoría vascular, en la aparición de las crisis. Según esta teoría, se produce una [vasoconstricción](#) de las arterias craneales, que causa el fenómeno del aura, y posteriormente tiene lugar una [vasodilatación](#) de rebote, que es la causante del dolor.
- Se explica de esta forma, la mejoría del cuadro, cuando se administran medicamentos que disminuyen el calibre de las [arterias](#) cerebrales como los triptanes, y también la sensación pulsátil, que manifiestan los pacientes, cuando se encuentran en la fase dolorosa.¹⁸.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- 109.2.2)- Teoría Neurogénica.

- Más recientemente, se ha propuesto la teoría neurogénica, según la cual existiría en los pacientes migrañosos, una hiperexcitabilidad en la [corteza cerebral](#) occipital, que sería la causante, de que ante determinados estímulos, se produzca una depresión cortical propagada, que originaría el fenómeno del aura, posteriormente a través de diferentes mediadores químicos, se activarían las terminaciones del [nervio trigémino](#), provocando dolor. Los cambios en el calibre de los vasos sanguíneos, serían solamente, un fenómeno secundario.¹⁸ .

- 109.2.3)- Eje Intestino-cerebro.

- Recientes estudios, demuestran la relación entre la migraña, y ciertos trastornos gastrointestinales, tales como: la [enfermedad celíaca](#) y la [sensibilidad al gluten no celíaca sin diagnosticar ni tratar](#), la [gastroparesis](#), el [síndrome del intestino irritable](#), y trastornos hepato biliares.¹⁹²⁰ .

-Ciertos mecanismos que afectan al eje intestino-cerebro, podrían estar implicados, como el [aumento de la permeabilidad intestinal](#),²¹ el desarrollo de una respuesta inflamatoria crónica, una disfunción del sistema nervioso autónomo y entérico, o un desequilibrio de la [flora intestinal](#).¹⁹ .

- La [dieta sin gluten](#), en el caso de la enfermedad celíaca y de la sensibilidad al gluten no celíaca; una [dieta de eliminación](#) ,en el caso del síndrome del intestino irritable; y una dieta baja en grasas en el caso de la gastroparesis, han demostrado eficacia en la disminución de la frecuencia e intensidad de las crisis, o incluso la remisión completa en algunos casos.¹⁹²⁰ .

- 109..3)- Factores Desencadenantes.

- Un alto porcentaje de las personas, que padecen migraña, refieren numerosos factores ambientales o personales, que han relacionado con el inicio de las crisis.

-Algunos pacientes citan un número muy alto de posibles desencadenantes, otras nombran solamente uno o dos factores, y hasta un 30%, no reconocen ninguno.²² .

- Debe entenderse, que todos estos factores no son la causa de la crisis de dolor migrañoso, pues la enfermedad es de base genética, los desencadenantes actúan como facilitadores, solamente en individuos predispuestos.

-Entre los más usuales se encuentran los siguientes:

- -Alimentación: - Los periodos de ayuno o el consumo de ciertos alimentos, puede desencadenar crisis de migraña. Los alimentos más frecuentemente citados son el queso, el [glutamato monosódico](#) (GSM), la fruta, el [chocolate](#), el [café](#) y las bebidas alcohólicas, sobre todo el [vino tinto](#).
- Sin embargo, algunos estudios realizados para comprobar la capacidad de estos alimentos, para desencadenar crisis no han dado resultados concluyentes.²³ .
- Se ha afirmado que los niveles de [histamina](#), presentes en ciertos alimentos, y el nivel de actividad individual de la enzima Diaminooxidasa (DAO), podrían explicar la capacidad de algunos alimentos, de actuar como desencadenantes, aunque la [Sociedad Española de Neurología](#), ha denunciado que no existe ninguna prueba científica, que avale la citada afirmación.²⁴ .

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- - Horas de sueño: - Los cambios en el patrón de [sueño](#) y dormir más o menos horas de lo habitual, son un factor que puede desencadenar la crisis de migraña. Según las encuestas realizadas, el 35% de los pacientes reconocen esta circunstancia. Por otra parte es habitual que el dolor de cabeza, sea más frecuente el sábado y domingo que en otros días de la semana, es la llamada cefalea del fin de semana, que en realidad es una crisis de migraña provocada por desajustes en los horarios de sueño.
-Para combatir la cefalea del fin de semana, es recomendable seguir una pauta regular y uniforme en las horas de descanso.²².
- - Hábitos de vida:- En la medida de lo posible el migrañoso, ha de intentar incorporar cierta rutina a sus costumbres, y evitar los desórdenes en el horario de sus actividades habituales, comidas, horas de descanso, etc.
- - Factores psicológicos:- Hasta el 60%, de los pacientes diagnosticados de migraña, manifiestan que; el [estrés](#), la [ansiedad](#), las preocupaciones o los impactos emocionales, les han desencadenado en alguna ocasión la aparición de una crisis.
- A veces el dolor, se anticipa a la situación estresante, por ejemplo, cuando un alumno debe cancelar en el último momento el examen, para obtener el carné de conducir, debido a una fuerte cefalea. En otras ocasiones ,el dolor no aparece en el momento de máxima tensión, sino después de transcurrir ésta, cuando la persona se encuentra ya relajada. Es importante considerar que el estrés es también el principal factor implicado en el dolor de cabeza ocasionado por la [cefalea tensional](#).²²²⁵.
- -[Ciclo menstrual](#): - El 50% de las mujeres, que padecen migrañas refieren que han detectado una relación entre la presencia de crisis y determinado momento del ciclo hormonal femenino. Los días en que aparecen con más frecuencia los episodios migrañosos, son los previos a la [menstruación](#). Se cree que esto se debe al descenso en los niveles de [estrógenos](#) circulantes, que tiene lugar de forma natural en esa fase del ciclo. En muchos casos este factor es el único que actúa como desencadenante.
- Se denomina migraña menstrual, a aquella que se produce de forma exclusiva entre los días inmediatamente anteriores y el segundo día de la menstruación. Este tipo de migraña suele desaparecer después de la [menopausia](#). Entre los 20 y los 45 años el número de mujeres que padecen migraña cuadriplica al de hombres, sin embargo tanto en la época infantil, como a partir de los 50 años, la proporcionalidad de la población migrañosa, entre varones y mujeres es similar.²²²⁶.
- -Cambios atmosféricos: - Los cambios bruscos de la [presión atmosférica](#), suele ser un factor desencadenante, como así también la presencia de viento, sobre todo cuando es intenso. Debido a que los descensos de presión atmosférica, se asocian a otros fenómenos meteorológicos, como cambios de temperatura, lluvia y viento, ha resultado difícil realizar estudios, que prueben la influencia independiente de cada uno de estos factores.²⁷ Por otra parte, no todos los dolores de cabeza desencadenados por los cambios atmosféricos, deben considerarse como migraña, pues este factor es también importante en otros tipos de cefalea, como la [cefalea tensional](#).²².

- 109.4)- Cuadro Clínico.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**



- Escotoma en la zona central del campo visual, intentando reproducir la sensación, que se experimenta durante la fase del aura.



-Representación de la fase de dolor de la migraña, por el caricaturista inglés [George Cruikshank](#) , 1792-1878.

- La migraña se caracteriza por ataques de [dolor](#) de cabeza severo, que tiene unas particularidades específicas: el dolor afecta generalmente sólo un lado de la cabeza, es pulsátil, incapacitante y se acompaña de náuseas, vómitos, y [fotofobia](#). Los síntomas y su duración varían considerablemente entre los pacientes, y también de un ataque a otro.

- Clásicamente se distinguen cuatro fases en el episodio de migraña: los [pródromos](#), el aura, la fase de dolor, y los [póstdromos](#) o resolución, aunque a menudo no están todas presentes.

- Los [pródromos](#) son referidos por el 80% de los pacientes, el aura por el 20%, y la fase de dolor puede no existir como ocurre en el aura sin migraña.⁷²⁸ .

- 109.4.1)- . Pródromos.

-Los [pródromos](#) son una serie de síntomas o sensaciones muy variadas, y a veces sutiles, que se presentan por regla general, varias horas antes del dolor, y están presentes en la mayor parte de los pacientes con migraña. Algunos de los más frecuentes, son sensación de euforia, irritabilidad, bostezos continuos, falta de atención, palidez, y deseo compulsivo de ingerir alimentos dulces. A diferencia del aura, estos signos premonitorios, pueden aparecer muchas horas, e incluso días antes del dolor.²⁸ .

- 109.4.2)- Aura.

-El aura se presenta en uno de cada cuatro pacientes con migraña, dura entre 20 y 60 minutos. Cuando desaparece, hay un intervalo menor de una hora sin síntomas y posteriormente comienza el dolor que corresponde a la siguiente fase.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- Los síntomas más característicos son los visuales, que pueden ser muy diversos, lo más típico es que se manifieste en forma de [escotoma](#) centelleante, que consiste en una zona ciega del campo visual, acompañada por una serie de destellos luminosos móviles.²⁸

- En otras ocasiones, el aura provoca pérdida de sensibilidad y sensación de hormigueo, que afecta a la mitad de la [lengua](#), y se extiende progresivamente al [labio](#), la mejilla, el miembro superior y la mano del mismo lado.²⁸

- Con menos frecuencia, pueden producirse deficiencias motoras, que ocasionan dificultad para hablar o pérdida de movilidad hemicorporal (en la mitad del cuerpo).

- Todos los síntomas producidos por el aura migrañosa son reversibles, desaparecen sin dejar ninguna secuela, en menos de una hora.²⁹

- 109.4.3)- Dolor.

- Esta fase comienza con un dolor leve, que aumenta poco a poco en intensidad, hasta convertirse en moderado y severo. El dolor afecta solamente a la mitad derecha o izquierda de la cabeza, y se acompaña de una serie de síntomas característicos, se tolera mal la luz y los ruidos (fotofobia y fonofobia), por lo que el paciente se retira a una habitación oscura y evita realizar cualquier actividad.

- Asimismo, se presenta una sensación pulsátil, que a veces se define como un rítmico martilleo doloroso y son frecuentes las náuseas y los [vómitos](#). La duración es muy variable, comúnmente entre 3 y 24 horas, si no se realiza ningún tratamiento o este es ineficaz.⁷ Si el dolor no cede después de 72 horas, la situación se considera una complicación, que se llama estatus migrañoso.

- 109.4.4)- Resolución y Pósdromos.

- El dolor disminuye progresivamente hasta desaparecer por completo, sin embargo la mayor parte de los pacientes manifiestan, que después de las crisis no se encuentran bien y presentan cansancio, somnolencia, y falta de concentración. A esta última etapa, se le conoce como pósdro, en ella los pacientes reportan en ocasiones diversos síntomas, entre ellos una menor capacidad de trabajo, disminución de la interacción con el entorno, y lo que es a menudo más frustrante, una sensación de deterioro cognitivo.³⁰

- 109.5)- Migraña en la Infancia y Adolescencia.

- En este periodo de la vida, la migraña no es inusual, la padecen alrededor del 6% de los [adolescentes](#), mientras que el 18% de los adultos migrañosos, manifiestan que sufrieron su primer episodio antes de los 10 años. Los síntomas son algo diferentes a los del adulto, el dolor es con mayor frecuencia bilateral, la duración es más corta, a veces solo de una hora, en contraste con el mínimo establecido de cuatro horas para los adultos, y a menudo el niño no expresa los síntomas acompañantes de fotofobia, náuseas y empeoramiento por las actividades físicas, por lo que los mismos deben ser deducidos por los padres, tras la observación de la conducta de su hijo. Por otra parte existen varios trastornos característicos de la infancia, en los cuales la migraña se expresa con vómitos, dolor abdominal o [vértigos](#), mientras que el dolor de cabeza es leve o esta ausente, son los llamados síndromes periódicos de la infancia, o equivalentes migrañosos, que se consideran precursores de la migraña en la edad adulta, e incluyen tres posibles [diagnósticos](#): vómitos cíclicos de la infancia, migraña abdominal, y vértigo paroxístico benigno de la infancia.³¹

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- 109.5.1)- Vómitos Cíclicos de la Infancia.

- Los criterios establecidos para llegar a este diagnóstico, son que se produzcan al menos cinco episodios de vómitos intensos, que tengan una duración comprendida entre una hora y cinco días, con intervalos prolongados libres de síntomas entre tales episodios. Es necesario además, comprobar que estos vómitos, no estén originados por otra causa de origen gástrico, intestinal o metabólico.³¹

- 109.5.2)- Migraña Abdominal.

- La migraña abdominal se caracteriza por episodios repetidos de [dolor abdominal](#) de intensidad moderada o severa, que duran entre una y 72 horas ,y se acompañan de falta de apetito : [anorexia](#), náuseas, vómitos o palidez. Puede existir, aunque de forma inconstante, dolor de cabeza y antecedentes familiares de migraña.³²

- Para hacer el diagnóstico, es imprescindible comprobar, que el dolor no está originado por otras causas.³¹

- 109.5.3)- Vértigo Benigno Paroxístico de la Infancia.

-Este equivalente migrañoso, suele aparecer entre el primer y tercer año de vida, y tiende a desaparecer después de los siete. Se caracteriza porque el niño, presenta episodios repetidos de pérdida de equilibrio ([vértigo](#)), que se inician bruscamente y ceden sin ningún tratamiento, en un periodo de tiempo comprendido entre solo unos minutos y varias horas.

- Todos los estudios neurológicos y las pruebas auditivas son normales.³¹

- 109.6)- Clasificación.

- Pueden distinguirse diferentes variedades de migraña, según los síntomas que se presenten. Las más usuales son las siguientes:³³ :

- -Migraña con aura o migraña clásica: es precedida por un conjunto de síntomas específicos llamados *aura*, que comúnmente se experimenta como una distorsión en la visión. Corresponde al 20% del total de los casos.
 - -Migraña sin aura o migraña común: por el contrario, carece de *aura*. Muchos pacientes experimentan una sensación extraña y presienten que van a presentar un ataque, estos síntomas se llaman [pródromos](#) y no deben confundirse con el aura. La migraña sin aura es la variedad más frecuente y afecta al 75% de los casos.
- Otras variedades de migraña, poco comunes son:
- -Migraña hemipléjica: es una forma poco frecuente de migraña que se caracteriza por producirse durante las crisis trastornos motores que causan déficit de movilidad con carácter transitorio. Existen dos variedades, la migraña hemipléjica familiar que es hereditaria y la migraña hemipléjica esporádica.³⁴³⁵
 - -Migraña de tipo basilar: es un tipo poco frecuente de migraña que se caracteriza porque se presentan síntomas durante la fase del aura que clásicamente se han atribuido a la falta de riego sanguíneo en el área cerebral irrigada por las [arterias vertebrobasilares](#), aunque no existen evidencias claras que prueben que esta falta de riego sea el origen del cuadro. Los síntomas que aparecen son muy variables y

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

pueden consistir en [disartria](#) (dificultad para hablar), [hipoacusia](#) (pérdida de audición), [diplopia](#) (visión doble), [paresias](#) que afectan a diferentes músculos e incluso disminución del nivel de conciencia.³⁶

- **-Migraña retiniana:** es una forma poco usual de migraña que se caracteriza por pérdida de visión total o parcial unilateral y de carácter transitorio. Lo más habitual es que la pérdida de visión precede al cuadro doloroso, aunque a veces ambos síntomas son simultáneos.³⁷
- **-Aura sin migraña:** es una circunstancia que ocurre a veces en los pacientes migrañosos, en la cual se produce el fenómeno del aura, generalmente en forma de distorsiones visuales, pero sin que a continuación aparezca el dolor.³⁸
- **-Migraña oftalmopléjica:** es una entidad infrecuente en la cual el dolor se asocia a parálisis o [paresia](#) de alguno de los nervios que hacen posible la movilidad del ojo, [nervio oculomotor](#), [nervio troclear](#) y [nervio abducens](#).³⁹ En la última edición de la clasificación internacional de cefaleas del año 2004, este diagnóstico fue eliminado del grupo de las migrañas e incluido dentro del apartado de [neuralgias](#) craneales y dolor facial de origen central, conservando la misma denominación, pero con la palabra *migraña* entre comillas para recalcar que en realidad es una neuralgia y no una verdadera migraña.⁴⁰

- 109.7)- Complicaciones.

- Las principales complicaciones descritas son: el estatus migrañoso, la migraña crónica, el infarto migrañoso y la [migralepsia](#). Debe tenerse en cuenta que la probabilidad de que un determinado paciente, presente alguna de ellas, es baja.³⁷

- 109.7.1)- Estatus Migrañoso.

- Se llama estatus migrañoso, a la persistencia de un ataque de migraña, durante un plazo de tiempo superior a 72 horas, de forma continuada o con intervalos sin síntomas de menos de cuatro horas. Es una situación que puede ser grave, y acompañarse de náuseas, vómitos repetidos y [deshidratación](#). A veces obliga al ingreso de la persona afectada, en un centro hospitalario.³⁷

- 109.7.2)- Migraña Crónica.

-El concepto de migraña crónica comprende aquellos pacientes con antecedentes de migraña episódica, que experimentan cefalea 15 o más días al mes. En general, aunque no necesariamente, se presenta además alguna característica de migraña o respuesta a medicaciones específicas antimigraña, como: [triptanes](#) o [ergotamina](#).⁴¹

- Algunos neurólogos, afirman que el abuso de medicación sintomática, es el origen de la cronificación de la migraña. Para otros, en cambio, sería su consecuencia.⁴²⁴³⁴⁴

- 109.7.3)- Infarto Migrañoso.

- El [infarto cerebral](#) migrañoso, se caracteriza por un déficit de las capacidades motoras o sensitivas de inicio brusco, que tiene lugar durante la fase de aura de la crisis migrañosa y puede dejar secuelas permanentes, aunque en general suele recuperarse con el paso del tiempo, pues la zona cerebral infartada es pequeña, de 3 [cm](#) de diámetro por término

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

medio. Sin embargo tiene tendencia a repetirse. Esta complicación es infrecuente, y se producen únicamente 3,36 casos, por cada 100.000 habitantes al año.⁷ .

- 109.7.4)- Migralepsia.

-La [migralepsia](#) es una crisis [epiléptica](#), desencadenada por un episodio de migraña. Se trata de un trastorno muy poco frecuente, que puede sospecharse en pacientes, que presenten migraña con aura, y sufran un episodio de epilepsia, en la hora siguiente al inicio del [aura](#), siempre que no exista otra causa que explique el fenómeno.⁴⁰ .

- 109.8)- Tratamientos.

- 109.8.1)- Tratamientos No Farmacológicos.

-Se recomienda mantener una serie de normas de estilo de vida, que pueden ayudar a hacer que las crisis de dolor sean menos frecuentes. Puede ser útil, mantener cierta regularidad en los patrones de vida, en las horas de sueño, y en los horarios de comida. También se sugiere realizar ejercicio físico, evitar el estrés, y el consumo excesivo de aquellos alimentos, que puedan actuar como desencadenantes de las crisis.⁴⁵ .

- 109.8.2)- Tratamiento de las Crisis.

-Para el tratamiento de las crisis, los medicamentos que han demostrado mayor eficacia y se utilizan con mayor frecuencia, son los agentes [antiinflamatorios no esteroideos](#) (AINES), los triptanes y la [ergotamina](#):

- - [Antiinflamatorios no esteroideos](#). Entre los medicamentos de este grupo terapéutico, los que tienen más respaldo experimental, en su eficacia para interrumpir los episodios de migraña son: el [naproxeno](#) y el [ibuprofeno](#).⁴⁶
- [Triptanes](#). Los triptanes son fármacos específicos para el tratamiento de la migraña, que no están indicados en otros tipos de dolor de cabeza ,ni tampoco en otras enfermedades. Los más empleados son: [sumatriptán](#), [zolmitriptán](#), [almotriptán](#), [naratriptán](#), [rizatriptán](#), [eletriptán](#) y [frovatriptán](#).⁴⁷. Son medicamentos muy eficaces que eliminan el dolor en un alto porcentaje de pacientes. Sin embargo presentan algunos efectos secundarios, ya que provocan disminución del calibre arterial, por lo que en determinadas circunstancias pueden disminuir el riego sanguíneo coronario y cerebral. Deben emplearse por prescripción médica, y evitar su empleo, en caso de que exista: [hipertensión arterial](#) mal controlada, enfermedad coronaria o [infarto agudo de miocardio](#), alteraciones vasculares cerebrales o [claudicación intermitente](#).⁴⁸.
- [Ergotamina](#). La ergotamina y su derivado la dihidroergotamina, son fármacos específicos para el tratamiento de la migraña, conocidos y empleados desde comienzos del [siglo XX](#), pero su uso prolongado, puede originar cefalea de rebote y otros efectos secundarios, por lo que se recomienda no utilizarlos más de dos veces por semana. Se empleaban frecuentemente antes de la salida al mercado de los triptanes, que en la actualidad se consideran más recomendables, que la ergotamina. Los preparados farmacéuticos que contienen ergotamina, a menudo asocian esta sustancia a la [cafeína](#), y a otros analgésicos.⁴⁹⁵⁰.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- 109.8.3)- Medicación Preventiva.

- En el caso de que los ataques ocurran más de dos veces a la semana, se recomienda el uso diario de ciertos medicamentos, que actúan como preventivos, es decir no son útiles cuando el episodio de dolor migrañoso está instaurado, pero tomados diariamente según prescripción médica, son capaces de disminuir el número de crisis.

- Los fármacos utilizados como preventivos, son muy variados y pertenecen a familias farmacológicas muy diferentes, entre los que se emplean más comúnmente se encuentran los siguientes:⁴⁵:

- [Betabloqueantes](#), entre ellos: el [propranolol](#), [atenolol](#), [metoprolol](#) y [timolol](#).
- Bloqueadores de los [canales del calcio](#), principalmente la [flunarizina](#).
- [Antidepresivos tricíclicos](#) como la [amitriptilina](#).
- [Anticonvulsivantes](#) como el [ácido valproico](#) y el [topiramato](#).
- Toxina botulínica en pacientes con migraña crónica⁵¹
- [Erenumab](#). Es un [anticuerpo monoclonal](#) humano dirigido contra el [péptido relacionado con el gen de la calcitonina](#) (CGRP). Se utiliza como tratamiento preventivo de la migraña. Su uso fue aprobado por la [Administración de Alimentos y Medicamentos](#) de Estados Unidos (FDA) en mayo de 2018. Se comercializa con el nombre de Aimovig.⁵²

- 109.8.4)- Otros Tratamientos.

- 109.8.4.1)- Bioretroalimentación.

-La [bioretroalimentación](#) o [biofeedback](#), es una [terapia](#), que permite al paciente tomar conciencia de una función orgánica, con la finalidad de que él mismo intente modificarla durante las sesiones. Este método parece haber demostrado su eficacia, en el tratamiento de migrañas y cefaleas tensionales.⁵³⁵⁴

- Varios estudios han demostrado, que una sencilla utilización del biofeedback, para ayudar a la relajación, da resultados similares a los de las sesiones complicadas y costosas, practicadas en los hospitales.⁵⁵

- 109.9)- Véase También.

- [cefalea](#);
- [compromiso articular temporomandibular](#);
- [mareo](#);
- [migralepsia](#);
- [síndrome del músculo temporal](#);
- [sistema vestibular](#);

- 109.10)- Referencias.

1. [↑](#) Kowalska, Marta; Prendecki, Michał; Kozubski, Wojciech; Lianeri, Margarita; Dorszewska, Jolanta (agosto de 2016). «[Molecular factors in migraine](#)» [[Factores moleculares en la migraña](#)]. *Oncotarget* (en inglés) (Impact Journals, LLC) 7 (31): 50708-50718. [PMID 27191890](#). [doi:10.18632/oncotarget.9367](#).

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

2. [↑](#) Antonaci, Fabio; Ghiotto, Natascia; Wu, Shizheng; Pucci, Ennio; Costa, Alfredo (mayo de 2016). [«Recent advances in migraine therapy» \[Avances recientes en la terapia de la migraña\]](#). *Springerplus* (en inglés) (Springer-Verlag) 5: 637. [PMID 27330903](#). [doi:10.1186/s40064-016-2211-8](#).
3. [↑](#) Campellone, Joseph V. (mayo de 2016). [«Migraña»](#). *MedlinePlus*. Consultado el 23 de julio de 2017.
4. [↑](#) Gasparini, Claudia F.; Sutherland, Heidi G.; Griffiths, Lyn R. (agosto de 2013). [«Studies on the Pathophysiology and Genetic Basis of Migraine» \[Estudios sobre la patofisiología y bases genéticas de la migraña\]](#). *Curr Genomics* (en inglés) (Bentham Science Publishers) 14 (5): 300-315. [PMID 24403849](#). [doi:10.2174/13892029113149990007](#).
5. [↑](#) Sachdev, Amit; Marmura, Michael J. (2012). [«Metabolic Syndrome and Migraine» \[Síndrome metabólico y migraña\]](#). *Front Neurol* (en inglés) (Frontiers Media SA) 3: 161. [PMID 23181051](#). [doi:10.3389/fneur.2012.00161](#).
6. [↑](#) Zavala, Héctor A.; Saravia, Bibiana B. (octubre a diciembre de 2003). [«Epidemiología e impacto socio económico de la migraña»](#). *Revista Neurológica Argentina* (Buenos Aires: ResearchGate GmbH) 28 (2): 79-84. [ISSN 0325-0938](#).
7. [↑](#) [Saltar a: ^a ^b ^c ^d](#) Mateos Marcos, V. (2010). Elsevier España S.L., [ISBN 978-84-458-2036-6](#), ed. [«Migraña y otras cefaleas»](#).
8. [↑](#) Tur Campos, S. Cefaleasib, ed. [«Epidemiología de la migraña»](#). Archivado desde [el original](#) el 16 de abril de 2011.
9. [↑](#) Vélez van Meerbek, Alberto (2005). Consejo editorial Universidad de Rosario, [ISBN 958-8225-58-2](#), ed. [«Aspectos históricos de la migraña»](#).
10. [↑](#) García-Albea Ristol, E (2009). [«Arete de Capadocia \(siglo II después de Cristo\) y las primeras descripciones neurológicas»](#). *Rev Neurol*. 16-31;48(6):322-7.
11. [↑](#) Dolor clínica y terapia. *Revista mexicana de algología*, vol 6, ed. (2009). *Fisiopatología de la migraña*
<http://132.248.9.1:8991/hevila/DolorclinicayterapiaRevistamexicanadealgologia/2009/vol6/no2/3.pdf> |url= sin título ([ayuda](#)).
12. [↑](#) Britt Talley, Daniel (2010). AuthorHouse, ed. *Migraine*. [ISBN 978-1-4490-6962-9](#).
13. [↑](#) Campos, Rufo (2001). [«Fisiopatología de la migraña»](#). *Revista de neurología clínica* 2 (1), 263-271. Archivado desde [el original](#) el 30 de diciembre de 2013.
14. [↑](#) Edward Flatau, Die Migräne, 2007 1 Aufl. 266 S. Pb 148x210 mm, [VDM Verlag Dr. Müller](#), [ISBN 3-8364-1584-4](#)
15. [↑](#) H. Isler and F. C. Rose, 2000, *Historical background*, en *The headaches*, 2nd ed., Editado por J. Olesen P. Tfelt-Hansen, K. M. A. Welch eds, publicado por Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA, 1026p, [ISBN 0-7817-1597-0](#)
16. [↑](#) Vélez van Meerbeke, Alberto (2005). Universidad de Rosario, ed. [«Lecciones de historia del dolor»](#).
17. [↑](#) Lipton, R.B. (2008). «Migraine with aura». *British Medical Journal*: 337.
18. [↑](#) [Saltar a: ^a ^b ^c](#) González de la Aleja, J; J. Porta-Etessam, J.M. Sepúlveda-Sánchez, M. Rodríguez Peña-Marín (2006). *Revista de Neurología* 43 (8): 481-488, ed. [«Fisiopatología de la migraña. Reflexiones sobre la hipótesis glutamatérgica.»](#). Consultado el 1 de mayo de 2011.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

19. ↑ [Saltar a: ^a ^b ^c](#) Cámara-Lemarroy CR, Rodríguez-Gutiérrez R, Monreal-Robles R, Marfil-Rivera A (28 de septiembre de 2016). [«Gastrointestinal disorders associated with migraine: A comprehensive review»](#). *World J Gastroenterol* (Revisión) 22 (36): 8149-60. [PMC 5037083](#). [PMID 27688656](#). [doi:10.3748/wjg.v22.i36.8149](#).
20. ↑ [Saltar a: ^a ^b](#) Fasano A, Sapone A, Zevallos V, Schuppan D (May 2015). [«Nonceliac gluten sensitivity»](#). *Gastroenterology* (Revisión) 148 (6): 1195-204. [PMID 25583468](#). [doi:10.1053/j.gastro.2014.12.049](#).
21. ↑ van Hemert S, Breedveld AC, Rovers JM, Vermeiden JP, Wittteman BJ, Smits MG, de Roos NM (21 de noviembre de 2014). [«Migraine associated with gastrointestinal disorders: review of the literature and clinical implications»](#). *Front Neurol* (Revisión) 5: 241. [PMC 4240046](#). [PMID 25484876](#). [doi:10.3389/fneur.2014.00241](#).
22. ↑ [Saltar a: ^a ^b ^c ^d ^e](#) Titus, Feliu; Pozo Rosich, Patricia (2009). Ediciones Amat S.L., [ISBN 978-84-0735-283-3](#), Barcelona (España), ed. [«El médico en casa. Comprender la migraña»](#).
23. ↑ Sharav, Y.; Benoliel, R. (2011). Elsevier España S.L., [ISBN 978-84-8086-726-9](#), ed. [«Dolor orofacial y cefalea»](#).
24. ↑ Diario La Verdad, ed. (4 de mayo de 2011). [«Sociedad Neurológica denuncia nula base científica de presunto test de migraña»](#).
25. ↑ Timy Fukui, Patricia (2008). *Arq Neuropsiquiatr*; 66(3-A): 494-499, ed. [«Trigger factors in migraine patients»](#).
26. ↑ Raña-Martínez, N. (2008). *Revista de neurología* 46 (6): 373-378, ed. [«Migraña en la mujer»](#). Archivado desde [el original](#) el 26 de diciembre de 2012.
27. ↑ Bolay, H.; A. Rapoport (2008). *Headache, The Journal of head and face pain.*, ed. [«Does Low Atmospheric Pressure Alone Trigger Migraine?»](#).
28. ↑ [Saltar a: ^a ^b ^c ^d](#) Rothrock, J.F. *Headache*. American Headache Society, ed. [«Material educativo de cefaleas. Aura de migraña»](#). .
29. ↑ Molina Martínez, F.J. *Cefaleasib*, ed. [«Cefalea versus accidente isquémico transitorio»](#). Archivado desde [el original](#) el 16 de abril de 2011.
30. ↑ Scicurious (18 de mayo de 2011). [«The postdrome: migraine's silent sister»](#). *The Guardian* (en inglés). [ISSN 0261-3077](#).
31. ↑ [Saltar a: ^a ^b ^c ^d](#) Winner, P. American Headache Society, ed. [«Pediatric and adolescent migraine»](#).
32. ↑ Enríquez-Blanco (2010). Editorial médica Panamericana [ISBN 978-607-7743-07-1](#), ed. [«Síndrome de Intestino Irritable y otros trastornos relacionados»](#).
33. ↑ Ramírez, Sergio Francisco. Asociación colombiana de neurología, ed. [«Guía de diagnóstico y tratamiento de la cefalea»](#).
34. ↑ Ducros, A (2008). Orphanet, ed. [«Migraña hemipléjica familiar»](#).
35. ↑ Medici, C.; Fraga, V., Rey, A. (2010). *Arch Pediatr Urug*, ed. [«Migraña hemipléjica esporádica: a propósito de un caso clínico»](#).
36. ↑ Zarrans, J.J (2004). Elsevier España S.A., [ISBN 84-8174-583-9](#), ed. [«Neurología»](#).
37. ↑ [Saltar a: ^a ^b ^c](#) Titus, F. (2000). Ediciones Harcourt S.A., ed. [«Cefalea»](#). ↑ Pedersen, D. M.; W.M. Wilson, G.L. White, Jr., R.T. Murdock, K.B. Digre (1991). *Journal of Family Practice*, ed. [«Migraine aura without headache»](#). Archivado desde [el original](#) el 29 de junio de 2012.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

38. [↑](#) Andrade Filho, A.S. (2006). Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, ed. [«Migraña oftalmopléjica, reporte de dos casos»](#).
39. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b Molina Martínez, F.J. Cefaleasib, ed. [«Migraña»](#). Archivado desde [el original](#) el 13 de abril de 2011.
40. [↑](#) Silberstein, S.D. (1994). «Classification of daily and near-daily headaches: proposed revisions to the IHS criteria». *Headache* 34: 1-7.
41. [↑](#) «The International Classification of Headache Disorders». *Cephalalgia* 24: 59-160. 2004.
42. [↑](#) Bigal, M.E. (2008). «Chronic migraine in the population: burden, diagnosis, and satisfaction with treatment». *Neurology* 71: 559-566.
43. [↑](#) Pascual, J. (2010). «La migraña crónica vista por el neurólogo y el paciente: resultados del proyecto CIEN-mig (III)». *Rev Neurol* 50 (12): 7705-710.
44. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b López Rodríguez, Isidoro; Rodríguez Ledo, M^a del P.; Sánchez de Enciso Ruiz, M. (2008). Fistera, ed. [«Guía clínica. Migraña»](#).
45. [↑](#) Snow, V.; K. Weiss (2002). [Annals of Internal Medicine](#), ed. [«Pharmacologic Management of Acute Attacks of Migraine and Prevention of Migraine Headache»](#)..
46. [↑](#) Láinez, JM (2007). «Guía de recomendaciones para tratamiento de la migraña en la práctica clínica». *Revista Clínica Española* 207(4) (297): 190-193.
47. [↑](#) CADIME (2002). Revista Sociedad Española Dolor 9: 170-175, ed. [«¿Demasiados triptanes para el tratamiento de la migraña?»](#).
48. [↑](#) Jiménez-Murillo, L., F.J. Montero Pérez. [Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación](#). Elsevier España S.A., [ISBN 84-8174-672-X](#),
49. [↑](#) Caffaratti, M.; Lascano, V.; Vega, E.M.; Briñón, M. C. (2008). Centro de Información de Medicamentos (CIME), ed. [«Ergotamina: Riego de isquemia cerebral y/o periférica»](#). Archivado desde [el original](#) el 25 de septiembre de 2011.
50. [↑](#) [«Tratamiento de la Migraña | NeuroWikia»](#). [www.neurowikia.es](#).
51. [↑](#) [FDA approves novel preventive treatment for migraine](#). FDA news release. Publicado el 17 de mayo de 2018..
52. [↑](#) Nestoriuc, Y; Martin A (2006). *Pain*;128(1-2):111-27, ed. [«Efficacy of biofeedback for migraine: a meta-analysis»](#).
53. [↑](#) Nestoriuc, Y; Martin A. (septiembre de 2008). *Appl Psychophysiol*, 33(3):125-40., ed. [«Biofeedback treatment for headache disorders: a comprehensive efficacy review»](#).
54. [↑](#) J., William; J. Mullally, MD, Kathryn Hall. (2009). *Pain Physician* ;12;1005-1011, ed. [«Efficacy of Biofeedback in the Treatment of Migraine and Tension Type Headaches»](#). Archivado desde [el original](#) el 13 de marzo de 2012.

-109.11)- Bibliografía.

- VER: Los 139 LIBROS Publicados del Prof. Dr. Enrique Barmaimon: -  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)- [-www.bvssmu@org.uy](#) [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- EN: -LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10; Pag.52- 69.8)-

- 109.12)- Enlaces Externos.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- [MedlinePlus Enciclopedia Médica: Migraña.](#)
- [Video sobre cefaleas \(SEN\)](#)
- [¿El cerebro de las personas que sufren migraña es diferente? \(Muy Interesante\)](#)
- [Mareo Asociado a Migraña](#)

Control de autoridades

- [Proyectos Wikimedia](#)
-  Datos: [Q133823](#)
-  Multimedia: [Migraine](#)

- [Identificadores](#)
- [GND: 4039179-6](#)
- [NDL: 01217244](#)
- [Diccionarios y enciclopedias](#)
- [Britannica: url](#)
- [Identificadores médicos](#)
- [DOID: DOID:6364](#)
- [CIE-10: G43.909](#)
- [CIE-9: 346](#)
- [OMIM: 157300](#)
- [DiseasesDB: 31876](#)
- [MedlinePlus: 000709](#)
- [eMedicine: 1142556](#)
- [MeSH: D008881](#)

-  Datos: [Q133823](#)
-  Multimedia: [Migraine](#)

``

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Migraña&oldid=119214307>»

Categorías:

- [Cefalea;](#)
- [Términos médicos;](#)
- Esta página se editó por última vez el 24 octubre 2019 a las 07:02.

0 0 0 0 0 0 0 0.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- CAPÍTULO CX: - 110)- CEFALEA.-
-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

- CEFALEA:
(nombre de [síntoma](#))



-Los dolores de cabeza (*Kopfschmerzen*), pintura de
[George Cruikshank](#) (1819).

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

Clasificación y recursos externos	
Especialidad	Neurología
CIE-10	G43-G44, R51
CIE-9	784.0
CIAP-2	N01
MedlinePlus	003024
PubMed	Buscar en Medline mediante PubMed (en inglés)
eMedicine	neuro/517
Sinónimos	
<ul style="list-style-type: none">• Cefalalgia• Dolor de cabeza	

-El término cefalea (del [latín](#) *cephalaea*, y éste del [griego](#) *κεφαλαία*, de *κεφαλή*, cabeza) hace referencia a los dolores y molestias localizadas en cualquier parte de la cabeza, en los diferentes tejidos de la [cavidad craneana](#), en las estructuras que lo unen a la base del cráneo, los músculos y vasos sanguíneos que rodean el [cuero cabelludo](#), [cara](#) y [cuello](#). En el lenguaje coloquial cefalea es sinónimo de dolor de cabeza.¹

- La cefalea es un síntoma muy frecuente, se estima que en los países occidentales la presenta al menos una vez al año el 50% de la población, aunque solamente el 20% ha presentado cefalea intensa, en alguna ocasión a lo largo de su vida.²

- Si bien el dolor de cabeza es un trastorno generalmente benigno y transitorio, que en la mayor parte de las ocasiones cede espontáneamente, o con la ayuda de algún analgésico, puede estar también originada por una enfermedad grave, que ponga en peligro la vida de la persona.

-ÍNDICE.-

- CAPÍTULO CX: - 110)- CEFALEA.-

- 110.1)- [Clasificación y Etiología](#).

- 110.1.1)- [Cefaleas Primarias](#).

- 110.1.2)- [Cefaleas Secundarias](#).

- 110.1.3)- [Neuralgias Craneales y Dolor Facial Central y Primario y Otras Cefaleas](#).

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- [110.2\)- Patogenia.](#)
- [110.3\)- Diagnóstico.](#)
- [110.3.1\)- Historia Clínica.](#)
- [110.3.2\)- Exploración Física General y Neurológica.](#)
- [110.3.3\)- Exámenes Complementarios.](#)
- [110.4\)- Signos Clínicos de Gravedad.](#)
- [110.5\)- Tratamiento.](#)
- [110.6\)- Véase También.](#)
- [110.7\)- Referencias.](#)
- 110.8)- Bibliografía.
- [110.9\)- Enlaces Externos.](#)

- 110.1)- Clasificación y Etiología.

-La cefalea en realidad es un [síntoma](#), que puede estar originado por una interminable lista de causas. La [Sociedad Internacional de Cefaleas](#) (*International Headache Society*, [IHS](#)) publica una clasificación actualizada periódicamente, en la cual se explican de forma detallada los distintos orígenes de esta afección.

- 110.1.1)- Cefaleas Primarias.



-La cefalea en racimos (*The Cluster Headache*), dibujo de J. D. Fletcher.

-Suponen en torno al 78% de las cefaleas, tienden a no ser graves, aunque el dolor puede ser muy intenso:

- - [Migraña](#):- Es una cefalea muy frecuente, afecta entre el 12 y el 16% de la población mundial. Produce ataques de dolor intenso, que de forma característica afecta solo a la mitad derecha o izquierda de la cabeza, y se acompaña de náuseas, vómitos y sensación pulsátil.³
- - [Cefalea tensional](#): - Es la más frecuente. El dolor se presenta en toda la cabeza de manera regular. La sensación es que algo aprieta el perímetro de la cabeza. Suele producirse por contracturas musculares o estrés. Mejora mucho con la actividad física y la relajación. Es un dolor opresivo en banda, que abarca todo el perímetro del cráneo. El tratamiento puede requerir medicación preventiva constante, si los ataques son muy frecuentes, además del tratamiento del dolor agudo cuando este es muy intenso.³
- - [Cefalea en racimos](#) y otras cefalalgias trigémino-autonómicas:- La cefalea en racimos es un tipo de dolor de cabeza extremadamente intenso, la cual recibe otros muchos nombres, como Cluster Headache, cefalea histamínica y cefalea de Horton.
 - Todas estas denominaciones son sinónimos, y pueden emplearse indistintamente. -

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

En este apartado se incluye también la [hemicránea paroxística](#), que es muy poco frecuente.³.

- - Otras cefaleas primarias: Se incluyen varios subtipos, entre ellos: la [cefalea asociada a la actividad sexual](#), la [cefalea benigna por tos](#), la [cefalea benigna por ejercicio](#), y la [cefalea hipóptica](#).⁴.

- 110. 1.2)- Cefaleas Secundarias.

- Son aquellas que están provocadas por una enfermedad conocida. Pueden deberse a [enfermedades](#) muy diversas , y se dividen en los siguientes grupos:⁵ :

- Cefalea atribuida a traumatismo craneal, cervical o ambos. Son cefaleas por [traumatismo craneoencefálico](#).
- Cefalea atribuida a trastorno vascular craneal o cervical. Son cefaleas de causa vascular, es decir por alteraciones de los [vasos sanguíneos](#), tanto [arterias](#) como [venas](#). Están causadas por [accidente cerebro vascular](#), o por [arteritis de la temporal](#).
- Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular. Por ejemplo: cefalea por [aumento de la presión del líquido cefalorraquídeo](#), cefalea por disminución de la presión del [líquido cefalorraquídeo](#), o cefalea por [neoplasia intracraneal](#).
- Cefalea atribuida a una sustancia o a su supresión. Son [cefalea por abuso de medicación](#), drogas o por [síndrome de abstinencia](#).
- Cefalea atribuida a infección. Causada por [infección](#) intracraneal, como la [meningitis](#) y la [encefalitis](#); o por infecciones generales, como la [gripe](#).
- Cefalea atribuida a trastorno de la [homeostasis](#): [hipoxia](#), [diálisis](#), [hipertensión arterial](#), [hipotiroidismo](#).
- Cefalea o dolor facial atribuido a trastorno del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales. Se incluyen las cefalea causada por alteraciones del oído, como la [otitis](#), de los [senos paranasales](#) entre ellas la [sinusitis](#), y del ojo, por ejemplo el [glaucoma](#) agudo.
- Cefalea atribuida a trastorno [psiquiátrico](#).
- Cefalea causada por trastornos gastrointestinales. Actualmente, se ha demostrado que ciertos trastornos gastrointestinales, son una causa subyacente de cefaleas y que su tratamiento puede conducir a la remisión o mejoría de las cefaleas. Entre ellos, cabe destacar la infección por [Helicobacter pylori](#), la [enfermedad celíaca](#), la [sensibilidad al gluten no celíaca](#), el [síndrome del intestino irritable](#), la [enfermedad inflamatoria intestinal](#), la [gastroparesia](#) y los trastornos hepato biliares.⁶⁷⁸.

- 110.1.3)- Neuralgias Craneales y Dolor Facial Central y Primario, y Otras Cefaleas.

- - Neuralgias craneales y causas centrales de dolor facial. Incluye la cefalea por [neuralgia del trigémino](#), por neuralgia del [nervio glossofaríngeo](#) y la [cefalea por estímulos fríos](#) o "cefalea del helado".
- - Otros tipos de cefalea, neuralgia craneal y dolor facial central o primario. Incluye todas aquellas cefaleas que no pueden encuadrarse en ninguno de los apartados anteriores.

- 110.2)- [Patogenia](#).

-Los mecanismos que producen las cefaleas son diferentes según el tipo de la misma:⁹ :

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- Espasmo o inflamación de los músculos de la cabeza y el cuello.
 - Distensión, tracción o dilatación de los vasos sanguíneos de la cabeza, incluyendo las [arterias](#) y [venas](#) tanto del interior del cráneo como externas al mismo.
 - Inflamación, compresión o tracción de los nervios sensitivos craneales.
 - Irritación de las [meninges](#) en la cefalea de la [meningitis](#) por ejemplo.
 - [Hipertensión intracraneal](#). Es decir aumento de la presión del [líquido cefalorraquídeo](#) en el interior del cráneo.
- Puede ser una manifestación de la [enfermedad de Wernicke](#).
- 110.3)- Diagnóstico.
- El diagnóstico médico, se basa en tres pilares: [Historia clínica](#), exploración del paciente ,y pruebas complementarias.
- 110.3.1)- Historia Clínica.
- Es importante conocer los siguientes datos, que nos ayudarán a reconocer el tipo de cefalea y su etiología:
- Sexo, edad, hábitos, profesión, antecedentes personales y familiares. También la edad de inicio de la cefalea, su evolución y periodicidad.
 - Presencia o ausencia de [pródromos](#), características del [dolor](#), duración, frecuencia y localización.
 - Síntomas acompañantes, como náuseas, vómitos o fiebre.
 - Respuesta al [tratamiento](#).
- 110.3.2)- Exploración Física General y Neurológica.
- La exploración orienta al profesional sanitario sobre el tipo de cefalea, que presenta el paciente. Dependiendo de los síntomas acompañantes, el tipo de dolor, la edad y los antecedentes, pueden ser necesarias diferentes tipos de exploraciones, se citan algunas de las que se emplean más habitualmente:
- -Toma de [tensión arterial](#) para comprobar si existe [hipertensión arterial](#).
 - -[Signos meníngeos](#) que pueden ser positivos en caso de [meningitis](#).
 - -[Fondo de ojo](#) que permite determinar si existe [hipertensión endocraneal](#).
 - -Exploración de [senos paranasales](#) si se sospecha [sinusitis](#).
 - -Exploración de la arteria temporal para comprobar si existe [arteritis de la temporal](#).
 - - Exploración neurológica, en busca de [hemiparesia](#), [ataxia](#), disminución del [campo visual](#), u otras alteraciones motoras y sensitivas.
- 110.3.3)- Exámenes Complementarios.
- El médico puede recomendar la realización de diferentes pruebas complementarias, en casos seleccionados, en muchas ocasiones los datos principales provienen del interrogatorio y de las características localización e intensidad del dolor.
- Es usual la solicitud de estudios analíticos, entre ellos el [hemograma](#), la [VSG](#) y la [PCR](#).
- También pueden solicitarse [radiografías](#) de cráneo y columna cervical, si se sospecha sinusitis o lesiones óseas, y [tomografía axial computarizada](#) (TAC) o [resonancia magnética](#)

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

[nuclear](#) (RMN) para estudiar con detalle el tejido cerebral, y detectar estructuras anómalas como tumores cerebrales.

- 110.4)- Signos Clínicos de Gravedad.



- *Can't Concentrate: 14/365*, fotografía de Sasha Wolff.

- Los siguientes signos o síntomas pueden ser indicativos de procesos agudos o de mayor gravedad, por lo que obligan a un estudio más exhaustivo y específico:¹⁰ :

1. -Inicio brusco con dolor de gran intensidad, o bien durante el ejercicio, especialmente si la cefalea es de nueva aparición y muy intensa. Podría ser sugestivo de una [hemorragia subaracnoidea](#).
2. -Curso progresivo, es decir aumento gradual en el transcurso de días o semanas. Puede indicar el crecimiento de una lesión ocupante de espacio, como un tumor cerebral.
3. -Inicio en la edad media de la vida, sobre todo si es de carácter progresivo.
4. -Cefalea acompañada por alteraciones del nivel de conciencia, signos meníngeos, [convulsiones](#) u otros signos neurológicos que hagan sospechar la existencia de un proceso grave.

- 110.5)- Tratamiento.

-El tratamiento varía ampliamente según la causa y el tipo de cefalea. Las mejores opciones para tratar las cefaleas más comunes son los analgésicos como el [paracetamol](#) y los agentes [antiinflamatorios no esteroideos](#) (AINEs), como: la [aspirina](#), el [ibuprofeno](#) y el [naproxeno](#). - Sin embargo, es preciso tener en cuenta que estos fármacos, no están exentos de efectos secundarios, que en ocasiones son graves.

- Además el abuso de los mismos, puede en determinadas circunstancias agravar el problema. Pueden utilizarse en casos de dolor de cabeza leve o moderado, que ocurra ocasionalmente. En caso de cefalea intensa, frecuente, o con alguno de los síntomas de alarma, debe consultarse siempre con el médico, y evitar la automedicación.¹¹ .

- 110.6)- Véase También.

- [Migraña](#);
- [Trastornos de la articulación temporomandibular](#);

- 110.7)- Referencias.

1. [↑ Entrada de cefalea en el DRAE](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

2. [↑ Año global contra el Dolor de Cabeza. Epidemiología del dolor de cabeza. Prevalencia \(enlace roto disponible en Internet Archive; véase el historial y la última versión\).](#)
3. [↑ Saltar a: ^a ^b ^c Titus F, Acarín N, Dexeus S. Cefalea. Ediciones Harcourt SA; 2000.](#)
4. [↑ Federico Micheli. Tratado de neurología clínica. 2002.](#)
5. [↑ Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society \(IHS\). Clasificación internacional de las cefaleas \(2ª edición\). Cephalalgia 2004; 24\(Suppl. 1\):1-160.](#)
 - [Archivado](#) el 27 de septiembre de 2013 en la [Wayback Machine](#).
6. [↑ Lionetti E, Francavilla R, Pavone P, Pavone L, Francavilla T, Pulvirenti A, Giugno R, Ruggieri M \(agosto de 2010\). «The neurology of coeliac disease in childhood: what is the evidence? A systematic review and meta-analysis». *Dev Med Child Neurol* \(Revisión Sistemática y Meta-análisis\) 52 \(8\): 700-7. PMID 20345955. doi:10.1111/j.1469-8749.2010.03647.x.](#)
7. [↑ Aziz I, Hadjivassiliou M, Sanders DS \(Sep 2015\). «The spectrum of noncoeliac gluten sensitivity». *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* \(Revisión\) 12 \(9\): 516-26. PMID 26122473. doi:10.1038/nrgastro.2015.107.](#)
8. [↑ Cámara-Lemarroy CR, Rodríguez Gutiérrez R, Monreal-Robles R, Marfil-Rivera A \(2016\). «Gastrointestinal disorders associated with migraine: A comprehensive review». *World J Gastroenterol* \(Revisión\) 22 \(36\): 8149-60. PMC 5037083. PMID 27688656. doi:10.3748/wjg.v22.i36.8149.](#)
9. [↑ \[M. Rufo-Campos: Fisiopatología de la migraña.\]](#)
10. [↑ \[Patricia Belmonte Herrera, Sandra Bernal Durán: Cefaleas.\] Rev Paceaña Medicina de Familia, 2007; 4 \(5\); 55-60.](#)
11. [↑ Arroyo Pineda V.: La cefalea en atención primaria. Boletín farmacoterapéutico de Castilla la Mancha, vol 3, nº 4.](#)

- 110.8)- Bibliografía.

- VER: Los 139 LIBROS Publicados del Prof. Dr. Enrique Barmaimon: -  [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra.
- EN: -LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10; Pag.52- 69.8)-

- 110.9)- Enlaces Externos.

-  [Wikimedia Commons](#) alberga una categoría multimedia sobre [Cefalea](#).
-  [Wikcionario](#) tiene definiciones y otra información sobre [cefalea](#).
- En [MedlinePlus](#) hay más información sobre [Cefalea](#)

[Control de autoridades](#)

- [Proyectos Wikimedia](#)
-  Datos: [Q86](#)
-  Multimedia: [Headaches](#)

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- Identificadores
- [GND: 4032416-3](#)
- [NDL: 00574966](#)
- Diccionarios y enciclopedias
- [Britannica: url](#)
- Identificadores médicos
- [CIAP-2: N01](#)
- [DiseasesDB: 19825](#)
- [MedlinePlus: 003024](#)
- [MeSH: D006261](#)

-  Datos:[Q86](#)
-  Multimedia:[Headaches](#)

``

-Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Cefalea&oldid=117861036>»

-**Categorías:**

- [Cefalea;](#)
- [Síntomas;](#)
- [Términos médicos;](#)
- Esta página se editó por última vez el 24 octubre, a las 08:55.

0 0 0 0 0 0 0 0.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

-CAPÍTULO CXI: -111) - LOS 139 LIBROS PUBLICADOS PROF. Dr. ENRIQUE BARMAIMON:



-Los 139 LIBROS PUBLICADOS DEL PROF. DR: ENRIQUE BARMAIMON: -. Alcance Gratuito , de 139 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 139 volúmenes : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº1 a 3:-  - 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.

- Nº5 a 8: -  - Barmaimon Enrique. Libro Historia de la Anestesia, la Reanimación y los Cuidados Intensivos. 4 Tomos: .Tomo I: Prologo, Introducción, Índice, Historia General de la Ciencia, Historia Cronológica Anestesia, Equipamiento de Anestesia, Ayer y Hoy Anestesiólogo, y su Formación; . Tomo II: Historia de los Países Sudamericanos: Sociopolítica, Cultural, Educativa y de Salud; .Tomo III: Historia de los Países Centroamericanos y el Caribe: Sociopolítica, Cultural, Educativa, y de Salud; y .Tomo IV: Algunos avances anestésico- quirúrgicos, Historia de la Anestesia y la Reanimación Latinoamericana, Historia Anestésica de cada País Sudamericano, Anestesia Pediátrica, Anestesia geriátrica, Anestesia Especialidades, Manejo dolor Postoperatorio, Manejo dolor Crónico, Reanimación Cardiopulmonar, Medicina intensiva, Centro Quirúrgico, Anestesia Ambulatoria, Panorama Actual, Bibliografía.(2014). 1ªEd. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.

- Nº 9: -  - Barmaimon Enrique, Koyounian Pedro. Historia del General San Martin. Aspectos de su Salud.(2012).!ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay.

- Nº 10:  - Barmaimon, Enrique. Guaymirán Ríos Bruno. Anécdotas : en Libro Dr. Antonio Turnes.(2013). Varias anécdotas, Reanimación Cardiopulmonar, Plan Nacional de

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- Desastres. 1ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay. B.V.S. - Nº: 11 a 13: - -
Barmaimon Enrique.(2015). Historia de las Grandes Guerras y su Influencia sobre la Anestesia y la Reanimación. 3 Tomos: . Tomo I: Grandes Guerras Europeas: Napoleónicas, Primera y Segunda Guerras mundiales, Resucitación Cardiopulmonar, Avances Medicina; .Tomo II: Guerras de Corea y Vietnam, Avances Medicina; y .Tomo III_ Guerras del Golfo, Irak, Afganistán y contra Terrorismo. . 1ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay. B.V.S.
- Nº 14:  - Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.
- Nº 15 a 17: -  - Barmaimon, Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos: . Tomo I: Filosofía, Psicología, Neuroanatomía Funcional, Neurociencias, Linguística, Antropología, Inteligencia Artificial; . Tomo II: Cognición, Gestión del Conocimiento, Feromonas, Psiconeurobiología Amor y Sexo, Mente; y .Tomo III: Anexos Ciencias Cognitivas. -1ªEd. Virtual, B.V.S. . Montevideo, Uruguay . B.V.S.
- Nº 18 a 20: -  - 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 21 a 24: -  - Barmaimon, Enrique. 2016. Libro Historia de la Banda Oriental.(R.O.U.). Historia Política, Social, Educativa, y de Salud. 4 Tomos:
.Tomo I:Índice, Introducción; Generalidades; Descripción 4 Principales Próceres: Artigas, Rivera, Lavalleja y Oribe; Presidentes del Uruguay, 2ªParte Siglo XIX, Modernización y Militarismo, Presidentes;
.Tomo II: Siglo XX: Primeras Décadas: Club Atlético Peñarol, Club Atlético Nacional, Campeonato Mundial de 1930 y 1950; Presidentes, Colegialismo, Reforma 1966, Presidentes; Dictadura Militar
.Tomo III: Gobiernos Democráticos: Sanguinetti, Lacalle.
.Tomo IV: Siglo XXI: Generalidades; Tecnología, Educación; Ciencias, Historia Urbana Montevideo del Siglo XX; Gobierno y Política; Salud; Cultura; Presidentes: Batlle, Vázquez; Mujica; Educación Uruguaya; Enseñanza Terciaria; Universidades; Servicios de Salud; Bibliografía.
-1ª Ed. Virtual. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon). (buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- Nº 25 a 28: -  - Barmaimon, Enrique. 2016. Trilogía Países Europeos: Historia Socio-política, Cultural, Educativa, y de Salud de República Francesa, Reino de España, y Reino Unido. 4 Tomos:
.Tomo I: República Francesa.
.Tomo II : Reino de España.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

.Tomo III: Reino Unido.

.Tomo IV: Gastronomía y Mapas de Trilogía.

-.1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 29 a 32 :  - Barmaimon, Enrique. 2016. Museos del Mundo. Historia y Características. 4 Tomos: .Tomo I: Generalidades, Museos de Arte Más Visitados, Museos de Ciencia, Funcionamiento, Tipología, HISTORIA. FILOSOFÍA DE LA HISTORIA.. Tomo II: Relación de Museos de Arte: del 1 al 10.
 . Tomo III: Relación de Museos de Arte: del 11 al 20.
 . Tomo IV: Relación de Museos de Arte: del 21 al 100. y 5 Adicionales.
- 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 33: -  - Barmaimon, Enrique.2016. Cataratas: Técnicas de Facoemulsificación.1 Tomo. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 34 y 35 -  - : - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Tipos de Dietas y Alimentación Según Salud, Enfermedad, y Patología. 2 Tomos:
 - Tomo I: Índice, Introducción, Régimen Alimenticio, Hábitos Alimentarios, Tipo de Dietas, Alimentos, Gastronomía Uruguay y el Mundo, Necesidades Básicas, Dieta Saludable, Animales por Dieta, y Alimentos Comunes y Energía.
 - Tomo II: Índice, Dietista-Nutricionista, Ciencias de la Salud, Nutrición, Trastornos Conducta Alimentaria, Véase También, Referencias, Bibliografía, Currículo Prof. Barmaimon, Enlaces.. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº 36 a 39:  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:

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

-Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas.

-Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas; -Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: 9 Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas con Intervención Social; 3 con Ciencias Cognitivas, Biblioteconomía; y 8 con Evolución de Sociedades; PARTE VIII: Bibliografía; PARTE IX: Véase También; PARTE X: Enlaces Externos; y PARTE XI: Currículo Prof. Dr. Enrique Barmaimon;

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 40 y 41: -  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Calidad de Vida- 2 Tomos:
 - TOMO I: Introducción, Calidad de Vida.
 - Tomo II: Esperanza de Vida; Educación, Biblioteca Virtual, Educación Virtual, E.Learning, TIC, Blogs, Aprendizaje; P.I.B.; Índice Desarrollo Humano; Indicadores Sociales; PNUD; Crecimiento Económico; Terminología Económica; Desarrollo Económico; Francmasonería; Bienestar Social, Bibliografía; .Currículo Prof. Dr. Enrique Barmaimon; . 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- Nº 42 y 43:  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Biblioteconomía, y Educación Virtual y Biblioteca Virtual- 2 Tomos-
 - Tomo I : Introducción; Biblioteconomía; Bibliotecas; Biblioteca Virtual Digital.
 - Tomo II: Educación Virtual; E.Learning, Blogs, TICS, Aprendizaje; Evaluación; Curricula Prof. Dr. E. Barmaimon; Bibliografía. . 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- Nº 44 a 46 :  - 2017 . - Barmaimon, Enrique.2017- Libro Enfermedades Vasculares . 3 Tomos:
 - Tomo I: Índice; Introducción; Generalidades; Enf. Vasculares; Enf. Arterias: Apoplejía, Trombosis, Coagulación, Conclusiones, Vasos Sanguíneos.
 - Tomo II: Enf. Vasculares: Hipertensión Arterial; Enf. Coronarias; Enf. Cerebrovascular; Aneurismas; Aneurisma Aorta; Arterioesclerosis; Arteritis; Hipotensión; Choque Cardiogénico; Claudicación Intermitente; Embolismo; Tromboembolismo Pulmonar; Embolia Cerebral; Estenosis Art. Renal; Isquemia; Infarto; Ateroesclerosis; Atrotrombosis; Enf. Vascular Periférica; Malformación Congénita; Malformación Arteriovenosa; Eritromelalgia; Fistula Arteriovenosa; Gangrena.
 - Tomo III: Enf. Venosas: Venas; Insuficiencia Venosa; Insuf. Venosa Mixta; Venas perforantes; Presión Venosa Central; Válvulas Venosas; Circulación Venosa y Linfática; Várices; Várices Esofágicas; Varicocele; Hemorroides; Flebitis; Tromboflebitis Superficial; Trombosis Venosa Profunda; Úlcera Venosa. Hipertensión Pulmonar. Sistema Linfático. Sistema Inmunitario. Bibliografía. Libros Prof. Dr. Enrique Barmaimon. Currículo Prof. Dr. Enrique Barmaimon.. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- Nº 47 a 52: -  - 2017 . - Barmaimon, Enrique. 2017- Libro Medicina Perioperatoria . 6 Tomos:
 - Tomo I: Introducción; Preoperatorio; Transoperatorio, Cirugía Ambulatoria y A Distancia; Postoperatorio; Sala Recuperación; Reanimación Cardiopulmonar; Centro Reanimación; Reanimación en Uruguay; Plan Desastres; Bibliografía.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- Tomo II: Historias: Ciencias, Anestesia, Anestesia y Reanimación Latinoamericana: Pioneros, Cátedras Anestesia, Primeras Anestесias, 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,.

Tomo IV: Anestесias Inhalatorias, Intravenosas, Balanceada, Regionales; Equipamiento, Respiradores; Líquidos Perioperatorios.

Tomo V: Anestесias: 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; Currículo. (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-- Nº 53 a 58 -  - 2017 . - Barmaimon, Enrique. 2017- Libro Anestesia Local Regional . 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).(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

. Nº 59 a 64: -  - 2017- Barmaimon, Enrique. 2017- Libros Anestesia En Urología . 6 -- Tomos:

- Tomo I: Prólogo; Introducción; Historia, Generalidades; Urología; Anestesiología.
- Tomo II: Coagulación; Émbolos; Sistemas Integración; Canales.
- TOMO III: Bases Cognitivas; Organización Nerviosa; Neurotransmisores; Homeostasis; Conducta; Realimentación; Sistemas Autoinmunes.
- TOMO IV: Sistemas Autoinmunes
- TOMO V: Ciencias Cognitivas.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- Tomo VI: Patologías Cognitivas y Neurológicas, Situaciones Cognitivas, Anestesia En Urología, Currículo; Bibliografía.
. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- Nº 65 a 68: - 2018 -  - Barmaimon, Enrique. 2018- Libros Angioedema Hereditario y Adquirido. 4 Tomos:
- TOMO I: Prólogo; Introducción; Angioedema Hereditario y Adquirido; Embolia Pulmonar; Angioedema; Cambios Anatómo Funcionales, Psíquicos, Sociales, y Ambientales; Neuropsicología Cognitiva; Neurotecnología; Sangre; Características Neuronas. -TOMO II: Angioedema Infantil, Hereditario, y Adquirido; Trastornos Alérgicos,, Aneurismas; Embolias, Trombosis ,TVP; Coagulación. -TOMO III: Sistemas de Integración, Plasticidad Neuronal, Canales, Canulopatías, Inflamación.
- TOMO IV: Alergología; Enfermedades Autoinmunes; Endocrinología: Sistema Endócrino, Prostaglandinas, Transducción de Señal, Segundo Mensajero; Hematología, RTU Próstata; Disco, Hernia y Columna Vertebral. Rehabilitación Linfedema.
. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- Nº 69 a 72: - 2018. -  - Barmaimon, Enrique.2018- Libros Compresión Intermitente y Equipos Médico-Anestésicos. 4 Tomos: -TOMO I: Prólogo; Introducción; Linfedema; Medidas de Prevención, Pronóstico; y Tratamiento; DLM; Presoterapia y otros, Máquina Anestesia, y Reacciones Químicas. -TOMO II: Características Máquinas Anestesia, Vaporizadores; Carro; ; Hospital; Atención Médica, Tipos; Paciente; Departamento de Emergencia, Servicios Médicos; - TOMO III: Terapia Física,, Medicina y Rehabilitación; Monitoreo; Tecnología Médica; Ecocardiografía; Cirugía Ambulatoria; Medicina Hiperbárica; Ventilación Mecánica; Soporte Vital; Desfibrilación; Lesión; y
 - TOMO IV: Quirófanos; Anestesia; Índice Biespectral; Signos Vitales; Ventilación Artificial y Mecánica; Respirador Médico; Unidad Cuidados Intensivos; Trastorno Mental; Currículo Prof. Dr. Barmaimon; 104 Libros Publicados.. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- Nº 73: -  - 2018- Barmaimon, Enrique. 2018- Libro Historia de la Universidad de La República (UdelaR). - 1 Tomo. -Índice; Introducción; Historia UdelaR; Centros Universitarios; Centros Regionales; Gobierno, Doctorados; Ley Organización UDELAR, Dirección G. Relaciones y Cooperación; Educación Uruguay; Centros de Salud; Currículo; y 112 Libros Publicados.. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay.
BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- Nº 74:  - 2018- Barmaimon, Enrique: Disquinesia Ciliar Primaria- Montevideo, Uruguay- 1 Tomo- 1ª Ed. B. V.S. .: LIBROS PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON. (www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra). -
- Nº 75: -  - Barmaimon, Enrique- LIBRO SOBRE EDEMAS- 1 TOMO-AÑO 2018- Montevideo, Uruguay- - Introducción, Generalidades, Definición, Tipos de Edema, Causas

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

Principales, Insuficiencia Renal, Cirrosis Hepática, Trombosis Venosa, Síndromes Nefrítico y Nefrótico, Malnutrición, Edemas M. Inf., Edema Cerebral y Pulmonar, Retención Na., Disfunción Renal y Multiorgánica, Infecciones Parasitarias, Fricción entre Tejidos, Edema Angioneurótico; Tratamientos.- Lista 112 Libros- Currículo. 1ª Ed. B. V.S. .:

www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

. -Nº 76 y 77:-  -*Barmaimon, Enrique*- LIBRO SOBRE FIBROMIALGIAS- 2 TOMOS-AÑO 2018- Montevideo, Uruguay- - Prólogo; Introducción; Generalidades; Fibromialgia; Aparato Locomotor; Alodinia; S.N.C.; Reumatología; Psiquiatría; Enfermedad; Somatización; Fenómeno Psicossomático; Trastorno Somatomorfo; Enf. Eponimas; Nosología ; Terapia Conducta; Psicoterapia; Sist. Endócrino; Sist. Enzimas; Sist. Inmunitario; Sensibilidad A Gluten No Celíaco; Enf. Autoinmune; Síndr. Fatiga Crónica; Sistemas Integración; Ciencias Cognitivas; Tasa Mortalidad.112 Libros Publicados. Currículo.

www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 78 a 81:-  -*Barmaimon, Enrique*- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- 4 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay- - TOMO I: Neurotransmisores; Receptor Celular; Neurohormonas; Drogas; Ejes; S.Endócrino; Hipotálamo; Hipófisis. - TOMO II: Enfermedades; Morbilidad; Comorbilidad; L.C.R.; Imagen Médica; Psicología Cognitiva; Clasificaciones Internacionales. - TOMO III: Clasificaciones y Manuales; S. Nervioso; S. Límbico; Motivación; Conducta; Trastornos Sueño; Sensibilización Central; Dolor; Alodinia; SDRC; - TOMO IV: Estrés; Cognición; S. R. C.; ACV; Trombosis; S. Piernas Inquietas; Sueño; Cansancio; Ansiedad; Depresión; Ejercicio Físico; Técnicas Relajación; Meditación; Espasmo Muscular; Frío; 112 Libros Publicados; Currículo. - www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº82 a 85.- :-  -*Barmaimon, Enrique*- LIBROS MEDICINA ALTERNATIVA- 4 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay- - TOMO I: Medicina Alternativa; Terapias Alternativas; Acupresión; Acupuntura; Apiterapia; Aromaterapia; Ayurveda; Balneoterapia; Bioenergética; Medicina China; Cristaloterapia ; Cromoterapia; Danzoterapia; DLM; - TOMO II: Eutonía; Fangoterapia; Fitoterapia; Fototerapia; Hidroterapia; Hipnosis; Homeopatía; Ridología; Kinesioterapia; Johrel . - Tomo III: Lavado Nasal; Macrobiótica; Magnetoterapia; Masaje; Medicinas; Musicoterapia; Orinoterapia; Osteopatía; M. Hiperbárica; Oxigenoterapia; Ozonoterapia; Pranayama; Quiropraxia. - TOMO IV: Radionica; Renacimiento; R. Mantras; Reflexología; Regresión P. ; Reiki; Relajación: Técnicas; Sanación; Shiatsu; Sonoterapia; Talasoterapia; EFT; Otras Terapias; Yoga; Zooterapia; 112 libros Publicados; Currículo.

www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº86 a 89.- :-  -*Barmaimon, Enrique*- LIBROS SOBRE HIPERTENSIÓN INTRAOCULAR y GLAUCOMA- 4 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay- -TOMO I: Índice, Prólogo, Introducción; Presión Intraocular ; Oftalmología; Enf. Oculares. - TOMO II: Optometría y Campimetría. Ojo Animal. OJO Humano. Exámenes del Ojo. Enfermedades del Ojo. Procedimientos Diagnósticos. Glaucoma. y - TOMO III: Procedimientos Terapéuticos,

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

Laser, LASIK, VITRECTOMÍA y otros. Técnicas Optometría. Lentes Correctoras. Transplantes. Prostaglandinas, 122 Libros Publicados. Currícula. y

- TOMO IV: Medicina Regenerativa. Fibromialgias. Estimulación Magnética Transcraneana. Enf. Autoinmunes. Inmunidad Innata y Adquirida. Tratamiento del Sueño. Ansiedad. Dieta Sin Gluten. 112 Libros Publicados. Currículo.
- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra). - 
[Biblioteca Virtual en Salud](http://BibliotecaVirtualenSalud.org.uy) (BVS)- (S.M.U.)-

- . -Nº90 y 91.- :-  -*Barmaimon, Enrique*- LIBROS SOBRE MASAJE, FISIOTERAPIA, y LINFOEDEMA.- 2 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay- -TOMO I: Índice, Prólogo, Introducción; Masaje; Fisioterapeuta; Fisioterapia; Médico; Fisiatría; Masajista, Quiromasaje; D.L.M.; Sist. Linfático; Sist. Inmunitario; Sist. Circulatorio; Edemas; Categoría: Sist. linfático; Masoterapia ; Presoterapia y Otros. Generalidades, Prevención ,y Tratamiento Linfoedema; Presoterapia, Vendajes, y Otros.

- TOMO II: - Etiología, Diagnóstico, Clínica y Tratamiento Linfedema; Fisioterapia;; Balneoterapia; Agua Mineral; Aguas termales; Termas; SPA; Talasoterapia; Hidroterapia; Baño Herbal; Baño Turco; Sauna; Fibromialgia; Foniatría; Estética; Medicina Intensiva; Linfodrenaje; Cirugía; Rehabilitación Salud; 122 Libros; Currículo; y Síntesis Linfedema. -www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº 92.a 95.-:-  -*Barmaimon, Enrique*- LIBROS SOBRE LUMBALGIAS- 4 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay- - TOMO I: Prologo; Índice; Introducción; Aparato Locomotor; Sistema Muscular; Neurona; Traumatología y Ortopedia; Fisiatría; y Fisioterapia. - TOMO II: Homosapiens; Sist. Circulatorio, Linfático e Inmunológicos; y Columna Vertebral.

- TOMO III: Lumbalgias; Artralgias y Mialgias; Ciática; Enf. Neurológicas; Inflamación; Infección; Quimioterapia; Reumas; Neurotransmisores; Neurohormonas; y Prostaglandinas. y - TOMO IV: Dolor; Dolor de Espalda; Espondilosis; Traumatología; Enf. Degenerativas; Escalera Analgésica OMS; Medicina Paliativa; Cáncer; Testamento Vital; Sedación Terminal; Muerte Digna; 112 Libros; y Currículo. - 
[Biblioteca Virtual en Salud](http://BibliotecaVirtualenSalud.org.uy) (BVS)- (S.M.U.)- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 96.a 104.-:-  -*Barmaimon, Enrique y Carla Fernández*- LIBROS SOBRE HOMO SAPIENS, Aspectos Médicos y Psicológicos - 9 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay- - TOMO I: Prologo; Índice; Introducción; Homo Sapiens; Primates; Hominidos; Género Homo; Inventar; Aprendizaje; Idioma; Lógica. TOMO II :Medicina; Psicología; Psicología Cognitiva; Ciencias Cognitivas; Epistemología; Lingüística; Red Neuronal Artificial Humana; Neuropsicología; Neurociencias.. - - TOMO III: Antropología; Matemáticas; Escritura; Música; Ciencias; Tecnología. -TOMO IV: Animal Social; Etología; Filogenia; Filosofía; Religión; Cultura. - TOMO V: Conciencia; Moral; Dogma; Desastre Natural; Guerra; Neurología; Ser Vivo; Cuerpo Humano; - TOMO VI: Mente; Inteligencia; Inteligencia Artificial; Pensamiento; Percepción; Memoria; Imaginación; Nutrición; Régimen Alimenticio; Alimentación Humana; Omnívoro; Vegetarianismo. - TOMO VII: Personalidad; Comportamiento Humano; Esperanza de Vida;

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

Longevidad; Sexualidad; Relación Sexual ,Estro; Menarquia; Menopausia; Amor; Sexualidad Humana; Aparato Genital;
- TOMO VIII: Evolución Humana; Mitos de la Creación; Mutación; Adan Cromosómico; Eva Mitocondrial; Selva; Prehistoria, Paleolítico Inferior y Superior; Selva; Mutación; -
-TOMO IX: Comportamiento Humano Moderno; Lenguaje Humano; Arte; Salud Mental; Creencia; Deseo; Habitat Humano; Demografía; Psicoanálisis; Gluten; 122 Libros; y Curriculos. --  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)- -- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 105 a 109- -  -Barmaimon, Enrique- Libros Sobre Cirugía en Enfermos Anticoagulados- 5 TOMOS- AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-

- TOMO I: Prólogo; Introducción; Cirugía; Anestesiología y Reanimación; Angiología y Cirugía Vasculard; Cirugía Bariátrica; Cirugía Cardíaca; Cirugía General y Digestiva; Laparoscopías; Cirugía Oral y Maxilofacial; Cirugía Plástica; Cirugía Torácica; Cirugía Oncológica; Cirugía Ortopédica; Cirugía Pediátrica; Cirugía Refractiva; Neurociencias; Dermatología; Electrofisiología; Obstetricia y Ginecología; Odontología; Oftalmología; Otorrinolaringología; Urología; Cirugía Robótica; y Medicina Intensiva. . TOMO II: Historia Cirugía; Cirugía Menor; Cirugía Mayor Ambulatoria: Características; C.M.A.; Anestesia Para C.M.A.; R.T.U.
- Tomo III: Coagulación; Factores de Coagulación; Anticoagulantes; Warfarina; Anticoagulación; Insuficiencia Cardíaca y Anticoagulantes; Clasificación Anticoagulantes; Rivaroxaban; Cardioaspirina ; Heparina; Fraxiparine; Linfedemas para Equipo de Salud y Paciente.
- Tomo IV: Preoperatorio de Anticoagulados; Historia Clínica; Historia Clínica Electrónica; Aneurismas; Aneurisma Abdominal Roto; Émbolos; Embolia Cerebral; Trombosis; Arterioesclerosis; Hipertensión Arterial; T. V.P.; y
- TOMO V: Alergia; Várices; Sistema inmunitario; Linfedema; Angioedema; Fibromialgia; Enf. Vasculares; Trasplantes; 122 Libros Publicados; Currículo. 1ªEd. Virtual, B.V.S. . Montevideo, Uruguay . B.V.S. --  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)-
• www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- Nº 110 a 112- -   -Barmaimon, Enrique- Libros Sobre República Del Perú: Aspectos Médicos , Anestesiológicos y Universitarios - 3 TOMOS- AÑO 2019- Montevideo, Uruguay- -TOMO I: GENERALIDADES; Etimología; Historia; Gobierno y Política; Organización Territorial; Geografía; Economía; Infraestructura; Población; Cultura; Referencias, Bibliografía. -TOMO II:U.P.C.H; Clasificación Universidades; Educación Perú; y Currículo Prof.Dr. Barmaimon(122 libros) y
- TOMO III: UPSMP; UdelAR: Centros Universitarios y Regionales, Gobierno, Ley Orgánica, Editorial Universitaria; Educación Uruguaya; Otras Universidades; Prestadores de Seguros.- 1ªEd. Virtual, B.V.S. . Montevideo, Uruguay . B.V.S. -  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)- - www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- Nº 113 - -  -Barmaimon, Enrique- *Manual del Residente de Anestesiología y Reanimación de U.P.C.H - 1 TOMO- AÑO 2019- Montevideo, Uruguay- Tomo 1: Introducción; Evolución; Actualmente; Medicina Operatoria; Generalidades; Características; Niveles; Preoperatorio; Riesgo Quirúrgico; Prequirófano; Valores Normales; Etapa Transoperatoria; Posoperatorio; Cirugía Ambulatoria, Bibliografía; 122 Libros; Currículo. -  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)- - www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).*
- Nº 114 a 116 - -  -Barmaimon, Enrique y Javier Fernández R.- *LIBROS SOBRE ASPECTOS MÉDICOS Y MATEMÁTICOS DEL HOMO SAPIENS-- 3 TOMOS- AÑO 2019- Montevideo, Uruguay- Tomo I: Introducción; Prólogo; Antropología; Lógica; Matemáticas; Escritura; Ciencia; Tecnología. Tomo II: Filosofía; Conciencia; Moral; Mente; Inteligencia; Inteligencia Artificial; Pensamiento; Percepción; Memoria(Proceso); Imaginación; y - TOMO III: Personalidad; Comportamiento Humano; Esperanza de Vida; Longevidad; Comportamiento Humano; 122 Libros Publicados; y Currículos. - -  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.) -  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)- - - www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).*
- Nº 117 a 122-- -Barmaimon, Enrique- *Libros Sobre Cuidados Intensivos- 6 TOMOS- AÑO 2019- Montevideo, Uruguay- -TOMO I: Prólogo; Introducción; Generalidades; Unidad Cuidados Intensivos; Hospital; Medicina Intensiva; Soportes Vital Básico y Avanzado; Medicina; Atención Primaria; ASSE Uruguay; Especialidades médicas. -TOMO II: Primeros Cuidados Enfermería; Tecnologías de Información; Reanimación Cardiopulmonar; Paro Cardiorrespiratorio; Reanimación Neonatal; Compartimientos Fluidos; Reemplazo Fluidos; Urgencias Médicas; Insuficiencia Renal Aguda; Cuidados Básicos Enfermería en U.C.I.; Primeros Auxilios; Ética Médica. - TOMO III: Técnicas Soporte Vital: Sondas Alimentación, Nutrición Parenteral, Ventilación Mecánica, Cateterización Urinaria, Diálisis, Desfibrilación, Electrofisiología, Marcapasos, Electromedicina, Otros Primeros Auxilios; Univ.de Paris, Paris V Descartes; Hosp. Militar Val-De-Grace Paris; Hosp. de Paris; Ahogamiento; Atragantamiento; Estrangulamiento; Síncope; Síncope Vasovagal; Grandes desastres. -TOMO IV: Esp. Médicas; Formación Universitaria; Sist. Asistencia Sanitaria; M.S.P. Uruguay; ASSE; Enfermería; Alergología; Análisis Clínicos; Anat. Patológica; Anestesiología, y Reanimación; Angiología; Bioquímica Clínica; Cardiología; Cir. Cardiovascular; Cir. General y Digestiva; Cir. Oral y Maxilofacial; Cir, Ortopédica; Cir. Pediátrica; Cir. Plástica; Dermatología y Venerología; Endocrinología; - TOMO V: Epidemiología; Estomatología; Farmacología; Foniatría; Gastroenterología; Genética; Geriátrica; Ginecología; Hematología, Hidrología Médica; Infectología; Inmunología; Med. Aeroespacial; Med. Ejercicios; Med. Trabajo; Med. Urgencias; Med. Famil. y Comunit.; Med. Física y Rehabil.; Med. Intrerna; Med. Legal y Forense,. y -TOMO VI: Med. Nuclear; Med. Preventivas y S.Pública; Med. Veterinaria; Microbiolog. y Parasitolog.; Nefrología; Neonatología; Neumología; Neurociencia; Neurofisiología Clínica; Neurología; Nutriología; Oftalmología; Oncología Médica; Oncología Radioterápica; O.R.L; Pediatría; Proctología; Psiquiatría; Radiología, Salud Pública; Toxicología; Traumatología; Urología; Currículo Prof.Dr. E.B.; y 122 Libros Publicados Prof. Dr. E.Barmaimon. - -  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)-*

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

-  [Biblioteca Virtual en Salud](http://www.bvssmu@org.uy) (BVS)- (S.M.U.)- -- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- Nº 123 a 128-- -*Barmaimon, Enrique- Libros Sobre Medicina Nuclear- 6 TOMOS- AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-*
- TOMO I: ÍNDICE, Prólogo; Introducción; Medicina Nuclear; Cat: Med. Nuclear; Cámara Gamma; PET; Electromedicina; E.C.G.; Radiología; Rad. Intervencionista; Radiofármaco; Tecnología Sanitaria; Seguridad Nuclear; Perfusión Miocárdica; Física Médica; Cat.Energía Nuclear; Radiobiología; Holter; Oncología Radioterápica. -TOMO II: Tomografía Computarizada; Resonancia Magnética Nuclear; Centellograma; Energía Nuclear; SPECT; Radioactividad; Tecnecio; Galio; Yodo; Gammagrafía; Trombo Embolismo Pulmonar; Absceso; Inflamación.
 - TOMO III: Enf.Autoinmune; Sist.Imunitario; Metabolismo; Metabolismo Basal; Tumor; Apar. Respiratorio; Sist. Urinario Humano; Infec,Urinaria; Infección; Renograma.
 - TOMO IV: Gland.Tiroides; Endocrinología; Sist. Circulatorio; Sist. Linfático; Enf. Vascular Periférica; Sist. Venoso; Traumatología; Ortopedia; Cat: Ortopedia; Cirurg. Ortopédica ; Articulación; Sist. Nervioso; Sist. Nervioso central.
 - TOMO V: Homeostásis; Cibernética; Retroalimentación; Robótica; Barrera Hematoencefálica; S. N. Central; Capilar Sanguíneo; Endotelio; Respiración Celular; Biosíntesis Proteica; Reac. Bioquímicas; Osmoregulación; Microbiología; Hipertensión Arterial; Antihipertensivo. y
 - TOMO VI: Linfa; Fluidos corporales; Vasos Linfáticos; Capilares Linfáticos, Circul. Pulmonar; Fisiol. Respiratoria; Trombosis; T.V.P.; Aterosclerosis; Embolo; Infarto Agudo Miocárdico; A.C.V.; Claudicación Intermitente; Linfedema; Currículo; 128 Libros publicados Prof. E.B.. -  [Biblioteca Virtual en Salud](http://www.bvssmu@org.uy) (BVS)- (S.M.U.)- -- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- Nº 129 a 137-- -*Barmaimon, Enrique- Libros Sobre Síndromes de Fatiga Crónica- 9 TOMOS- AÑO 2019- Montevideo, Uruguay- B.V.S.S.M.U.-*
- TOMO I: ÍNDICE, Prólogo; Introducción; Generalidades; Fibromialgias.
 - TOMO II: Síndr. Imunitario; Sist. Neurológico; Ap. Circulatorio; Cat. Sist. Circulatorio; Sit. Endocrino; Cat. Endocrinología; Memoria; Concentración; Atención; Neurociencias; Estrés; Actividad física.
 - TOMO III: Fenòmeno Psicosomático; Psicoanálisis; Cat. Trastornos Somatomorfos; Trast. Neurológicos Relacionados con Estrés y Somatomorfos; Enf. Etiología Desconocida; Cat. Trastornos Mentales; Cat. Síntomas; Cat. Comport. Humano; Fisiopatología; Salud Mental; Cat. Salud; Semiología Clínica; Mente; Cat. Mente; Comportamiento; Sociología; Anexo Términos Médicos; Psicología.
 - TOMO IV: Psicología Clínica; Psicología Aplicada; Psicopatología; Ciencias Salud; Comportamiento Humano; Desarrollo Humano; Índice Desarrollo Humano; La Salud; Dicc. Terminos Psicológicos; Cat. Salud y Sociedad; Reumatología; Inmunología; Sedación terminbal; Medicina Paliativa; Eutanasia.
 - TOMO V: Suicidio; Cáncer; Insuf. Cardíaca; Infarto Agudo Mioicardio; Cat. Causas de Muerte;

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- TOMO VI: Disautonomía; Intolerancia Ortostática; Sist. Nervioso Autònomo; Sist. Nervioso; Sensibilizaciòn Central; Dolor; Estrès Oxidativo; Trast. Estrès Postraumático; Neurastenia; Ritmo Circadiano; Trast. Sueño; Insomnio; Privaciòn Sueño; Somnolencia.
-TOMO VII: Termoregulaciòn; Sensibilidad Quìmica Múltiple ; Cat. Toxicología; Cat. Enf. Ocupacionales; Alergias; Enf. Celiaca.
-TOMO VIII: Inflamaciòn; Vulvodinia; Sind. Intestino Irritable; Sind. Vejiga Hiperactiva; Vejiga Urinaria; Sind. Piernas Inquietas; Trast. Articulaciòn Temporomandibular; Retroviridae; Cociente Intelectual; Estado de Ànimo; Trast. Estado Ànimo; Astenia.
-TOMO IX: Angustia; Ansiedad; Depresiòn; Tipos Discapacidad; Inmunodeficiencia; Terapia Conductual; Terapia Cognitiva; T.C.C.; Psicoterapia; Migraña; Cefaleas; 139 Libros; Currículo Prof.Dr. Barmaimon. -  [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)- - - www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

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

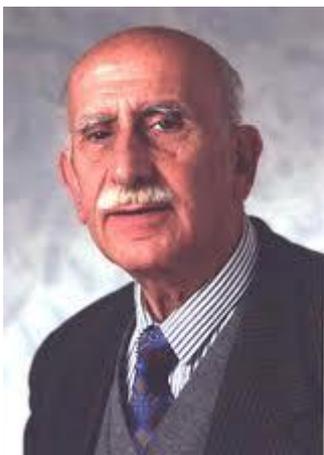
;.-BARMAIMON, ENRIQUE: TESIS DE DOCTORADO: Reanimaciòn Cardiovasculorrespiratoria Fuera de Sala de Operaciones. UDELAR. Año 1962..

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

0 0 0 0 0 0 0 0.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

-CAPÍTULO CXII: - 112)- CURRICULO PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON B.:



Prof. Dr. Enrique Barmaimon...Jefe Departamento Centro Quirúrgico, Anestesia e Intensivo.

- Currículo: Profesor Dr. ENRIQUE J. BARMAIMON B.
- Nacido el 15 de enero de 1931, en Montevideo, Uruguay.
- Se graduó en 1960 en la UDELAR.
- 1950. Profesor Ayudante Clase Histología y Embriología Facultad. Medicina UDELAR.
- 1952. Practicante Externo MSP.
- 1954. Practicante Interno MSP.
- 1956. Anestesiólogo MSP, H. Clínicas, CASMU, Asociación. Española, Banco de Seguros del Estado y otros.
- 1956. Jefe Anestesia Hospital Pasteur MSP.

 **1956. Cirugía Cardiovascular:** En Uruguay, en el Hospital de Clínicas, el equipo de Cardiología conformado por: cirujanos: Roberto Rubio, Juan Carlos Abó y Anibal Sanginés; anestesiistas: Walter Fernández Oria, Leon Chertkoff y Enrique Barmaimon; y cardiólogos Orestes Fiandra y Jorge Dighiero, comenzaron la Cirugía Cardíaca a cielo abierto, por hipotermia.

 **1956. Desarrollo de problemas comunes:** En Uruguay, Barmaimon desarrolló junto con el Prof. Larghero , Guaymirán Ríos y León Chertkoff : nuevas conductas, como fueron: la

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

cirugía y la anestesia de urgencia, la organización de las salas de operaciones y la central de esterilización, el uso del equipamiento, la aplicación operatoria y postoperatoria de los cuidados especiales necesarios, la preparación operatoria, los nuevos métodos, técnicas y equipos anestésicos, los cuidados postoperatorios, la transfusión de sangre y la reposición de líquidos, la preparación de equipos plásticos de venoclisis estériles por el Laboratorio Rainbow, de la historia anestésica e intensiva, de los Manuales de Organización y Funciones, de la intensificación de cuidados, de la reanimación Cardiovascularrespiratoria de Emergencia y fuera de la sala de operaciones, de la reanimación en grandes catástrofes, del traslado de enfermos graves; hasta que las circunstancias nos separaron a los cuatro, unos años más tarde. También ejecutaron, estas innovaciones Barmaimon y Chertkoff, con sus cirujanos actuantes, que han sido descritas extensamente en el libro.

 **1958. Cirugía Cardiovascular: En Uruguay, el equipo cardiovascular del Hospital de Clínicas, después de la visita del cirujano sueco Crawford, con su anestesista Norlander y su instrumentista, que operaron algunos enfermos; se comenzó a realizar la cirugía extracorpórea a cielo abierto; actuando además como perfusionista Orestes Fiandra.**

 **1958. Sala Cuidados Intensivos: En Uruguay, con motivo de la cirugía extracorpórea, la Neurocirugía, algunos intoxicados y otros casos especiales, los anestesistas León Chertkoff y Enrique Barmaimon, y las nurses Illief y Silva, en la Sala de Recuperación Anestésica del Piso 16, del Hospital de Clínicas de Montevideo, comenzaron con los cuidados intensivos para estos pacientes, durante las primeras 72 horas promedialmente, dándole apoyo respiratorio, cardiovascular, nefrológico, metabólico, y homeostático, entre otros, siendo el primer lugar donde fue realizado en el Uruguay; hasta el año 1963, donde ambos doctores dejaron dicha actividad, y los demás no plantearon interés en continuarla. En 1971, recién en el Hospital de Clínicas, el 8 de agosto, fue abierta la Sala de Cuidados Intensivos.**

 **1958: Nuevos métodos, técnicas y agentes anestésicos: Los Dres. León Chertkoff y Enrique Barmaimon crearon un nuevo método y técnica anestésica balanceada y potencializada, teniendo presentes los siete postulados básicos de la Anestesia Moderna, que son: Hipnosis, Analgesia, Relajación Muscular, Metabolismo oxígeno- anhídrido carbónico óptimo, Recuperación inmediata conciencia, Homeostásis metabólica**

adecuada, y mejores condiciones que las preoperatorias del enfermo; donde usaron: hipnóticos, analgésicos, relajantes musculares, novocaína, bloqueadores vegetativos, anestésicos inhalatorios a concentración de analgesia con vaporizador universal de Takaoka, respiración artificial mecánica con respirador de Takaoka o similares, en circuito abierto, con recuperación inmediata a su finalización, con muy buena tolerancia para el enfermo, siendo segura, económica y eficiente, que se presentó y se realizó en el Uruguay; sino que también fue difundida y enseñada en los años venideros, en otros países americanos como: Chile, Perú, Ecuador, Colombia, Venezuela y otros, dando cursos y demostraciones junto con los Prof. Kentaro Takaoka y Forrest Bird.

 **1960- En Uruguay, el 3 de febrero se colocó el primer marcapaso exitosamente, a una joven paciente, que padecía bloqueo aurículo- ventricular, construido por el equipo de Rune Elmqvist, por el cardiólogo Orestes Fiandra, el cirujano Roberto Rubio y los anestesistas León Chertkoff y Enrique Barmaimon, en el Sanatorio N°1, del CASMU, siendo el primero de su tipo realizado en Sudamérica y el mundo.**

- 1960. Doctor en Medicina UDELAR.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- 1961. - Jefe Clínica Anestesiológica, Facultad de Medicina UDELAR.
- 1961. Presidente Comisiones Contralor Médico y Quirúrgico del CASMU.

1961; Neuroleptoanalgesia y Neuroleptoanestesia:- En Uruguay, el Dr. Enrique Barmaimon, y en Argentina, el Dr. Luis Orestes Ceraso desarrollaron esta nueva técnica, con nuevos agentes originales el dihidrobenzoperidol y el Fentanyl, que hasta ese momento no tenían nombre comercial, haciéndose importantes estudios en los enfermos, sobre su acción farmacológica, su forma de eliminación, y de como estudiar preoperatoriamente a los enfermos que se iban a operar, con fondos proporcionados por el Laboratorio Janssen de Bélgica y Roche de Suiza; realizándose trabajos científicos que fueron presentados en 1962, en el Congreso Latinoamericano de Lima, y en 1964, en el Congreso Mundial de San Pablo; y con conclusiones presentadas a los laboratorios, donde el “Innovan” que venía usando en proporción 50 a 1, con ambos agentes, debería ser preparado por separado, para que el anestesiólogo aplicara la dosis que considerara conveniente.

 - 1962. Integrante de la Junta Directiva CASMU, Presidente de la Sociedad de Anestesiología del Uruguay, Comisión Económico Laboral del SMU, y miembro del Comité Ejecutivo Central de la Confederación Médica Panamericana.

-  - Título Especialista Anestesiología y Reanimación UDELAR.1962.
-  - 1963. Doctorado en Medicina UDELAR.

 -1963: Tesis de doctorado: Reanimación Cardiovascularrespiratoria de Emergencia:

1963; Tesis de Doctorado del Dr. Enrique Barmaimon; Reanimación Cardiovascularrespiratoria Fuera de La Sala de Operaciones.

- Plan de Reanimación Nacional del Uruguay-Año 1962.

1963. El Dr. Enrique Barmaimon de Uruguay, presenta en México : Carbocáina, nuevo anestésico local. Rev. Mex. Anest. Tomo XI.6.4.15.1963.

- Miembro Comité Ejecutivo CLASA.

-  -Secretario de las Primeras Jornadas Médico Gremiales Nacionales realizadas en Balneario Solís, por el SMU.

-  -1964. Profesor Asistente Anestesiología y Reanimación Hospital Clínicas UDELAR.

- 1965. Relator: Sistemas Atención Médica y Remuneración Trabajo Médico Asamblea Regional Latinoamericana de la Asociación Médica Mundial, en Santiago, Chile.

-  -Secretario ad-hoc del Comité Ejecutivo Central de la Conf. Médica Panamericana en la 8ª Asamblea General y 9º Congreso Médico Social Panamericano, realizado en Lima, Perú, en abril de 1966.

-  - 1967. Jefe Dpto. Centro Quirúrgico (Servicios: Anestesia, Reanimación, Cuidados Intensivos, Centro Quirúrgico, Centro. Obstétrico, y Centro de Materiales) del Hospital Universitario de Universidad Cayetano Heredia, Lima, Perú.

-  - Prof. Principal Anestesiología y Reanimación UPCH (Pregrado y Posgrado.).

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

-  - Miembro Comisión Directiva Sociedad Peruana de Anestesia, y Revista Peruana de Anestesia
-  - 1972. Delegado Colegio Médico del Perú ante MSP.
-  - 1973. Comité Nacional de Especialistas del Colegio Médico del Perú.
-  - 1976. Comité Científico del Colegio Médico del Perú.
-  - 1977. Profesor Principal de Neuroanatomía, Neurofisiología y Psicofisiología de U. San Martín de Porres, Lima, Perú.
-  - 1978. Asesor Técnico del Ministro de Salud en Construcción y Equipamiento Hospitalario.
-  - USMP: Desempeñó varias jerarquías Universitarias: Decano, Director Universitario Planificación, Presidente de la Comisión de Admisión, Vicerrector Académico, Jefe Departamento Académico.
-  - 1979. Plan Cooperación Técnica Económica. Internacional Desarrollo USMP, Lima.
-  - Proyectos y Creación Programas Académicos: Medicina, Ecología, Odontología, Enfermería, Obstetricia y otros.
-  - 1984. Libro: Tratado de Neuroanatomía Funcional - 3 Tomos - .Ed.S.M.P. Lima, Perú.
 -  - 1990 - Médico Anestesiólogo Asociación Española: Cirugía Ambulatoria, Cirugía de Tórax, Vía Aérea y Caderas; y Sanatorio Banco. Seguros., Uruguay.
-  - 2002. SMU: Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay; Comisión de Asuntos Universitarios del SMU a la fecha.
-  - 2002. Delegado ante la Agrupación Universitaria del Uruguay (AUDU).
-  - 2004. UDELAR: Comité Central Gestión, Comisión Central de Presupuesto, y Comisión Central Administrativa a la fecha.
-  - 2004. Facultad de Medicina. y Hospital Universitario de Clínicas: Comisiones Presupuesto y Administrativa (por el orden de Egresados) a la fecha.
-  - 2004- Comisión Editorial de la Revista Médica del Uruguay,, a la fecha.
-  - 2006. Asamblea General del Claustro: delegado Orden Egresados Medicina a la fecha.
-  - 2010. Comisión Elecciones Universitarias 2010: Delegado de orden de egresados a la fecha.
-  - 2010. Asamblea General del Claustro: Delegado de orden egresados Medicina a la fecha.
-  - 2010. Libro Envejecimiento. 1ª. Ed. Virtual. BVS.
-  - 2011. Libro Historia de la Anestesia, de la Reanimación y de los Cuidados Intensivos. . Tomo I. 1ª. Ed. Virtual. BVS.
-  - 2012. Libro Historia de la Anestesia, de la Reanimación y de los Cuidados Intensivos. . Tomo II. 1ª. Ed. Virtual. BVS.
-  - 2012. Historia del General San Martín: Aspectos de Salud. 1ª. Ed. Virtual. BVS.
-  - 2013. Libro Historia de la Libro Historia de la Anestesia, de la Reanimación y de los Cuidados Intensivos. Tomo III. 1ª. Ed. Virtual. BVS.
-  - 2013. Colaboración al Libro El Chumbo Ríos: Ética, Coraje y Humanidad del Dr. Antonio Turnes. 1ª. Ed. Virtual. BVS.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

- .  - 2014. Libro Historia de la Anestesia, de la Reanimación y de los Cuidados Intensivos.
. Tomo IV .. 1ª.Ed. Virtual.BVS.
-  - 2014. Comisión de Elecciones Universitarias 2014 por Orden de Egresados a la fecha.
-  -2015. Libro Historia Grandes Guerras Europeas y Mundiales, y su Influencia sobre Evolución de Anestesia y Reanimación. 1ªEdición Virtual.. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).
-  -2015- Libro Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria.
. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).
-  - 2015- Libros Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos:
. Tomo I: Filosofía, Psicología, Neuroanatomía Funcional, Neurociencias, Lingüística, Antropología, Inteligencia Artificial;
. Tomo II: Cognición, Gestión del Conocimiento, Feromonas, Psiconeurobiología Amor y Sexo, Mente; y
.Tomo III: Anexos Ciencias Cognitivas.. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).
- .  - 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).
- .  2016. Libro Historia de la Banda Oriental.(R.O.U.). Historia Política, Social, Educativa, y de Salud. 4 Tomos:
.Tomo I:Índice, Introducción; Generalidades; Descripción 4 Principales Próceres: Artigas, Rivera, Lavalleja y Oribe; Presidentes del Uruguay, 2ªParte Siglo XIX, Modernización y Militarismo, Presidentes;
.Tomo II: Siglo XX: Primeras Décadas: Club Atlético Peñarol, Club Nacional Fútbol, Campeonatos Mundiales de Fútbol de 1930 y 1950; Presidentes, Colegialismo, Reforma 1966, Presidentes; Dictadura Militar.
.Tomo III: Gobiernos Democráticos: Sanguinetti, Lacalle.
.Tomo IV: Siglo XXI: Generalidades; Tecnología, Educación; Ciencias, Historia Urbana Montevideo del Siglo XX; Gobierno y Política; Salud; Cultura; Presidentes: Batlle, Vázquez; Mujica; Educación Uruguaya; Enseñanza Terciaria; Universidades; Servicios de Salud; Bibliografía. 1ª Ed. Virtual. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

-  - Barmaimon, Enrique. 2016. Trilogía Países Europeos: Historia Socio-política, Cultural, Educativa, y de Salud de República Francesa, Reino de España, y Reino Unido. 3 Tomos:

.Tomo I: República Francesa.

.Tomo II : Reino de España.

.Tomo III: Reino Unido.

.Tomo IV: Gastronomía y Mapas Trilogía.

.1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon). (OR).(buscar);(Elegir libro entre 89 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

 - 2016. -Barmaimon, Enrique.2016. Cataratas: Técnicas de Facioemulsificación.1 Tomo. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 89 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

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

- Tomo I: Índice, Introducción, Régimen Alimenticio, Hábitos Alimentarios, Tipo de Dietas, Alimentos, Gastronomía Uruguay y el Mundo, Necesidades Básicas, Dieta Saludable, Animales por Dieta, y Alimentos Comunes y Energía.
- Tomo II: Índice, Dietista-Nutricionista, Ciencias de la Salud, Nutrición, Trastornos Conducta Alimentaria, Véase También, Referencias, Bibliografía, Curricula Prof. Barmaimon, Enlaces.

1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 89 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

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

- Tomo I : Índice; Introducción: Técnica, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud; PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología; y Ciencias Sociales.
- Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.
- Tomo III: PARTE V: 19 Especialidades Psicológicas;
- Tomo IV: -PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades de Ciencias Sociales; Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon;

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 89 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

--  - 2017. - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Calidad de Vida- 2 Tomos:

- TOMO I: Introducción, Calidad de Vida.
- Tomo II: Esperanza de Vida; Educación; P.I.B.; Índice Desarrollo Humano; Indicadores Sociales; PNUD; Crecimiento Económico; Terminología Económica; Desarrollo Económico; Francmasonería. Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon;

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 89 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra). --  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Biblioteconomía, y Educación Virtual y Biblioteca Virtual- 2 Tomos-

- Tomo I : Introducción; Biblioteconomía; Bibliotecas; Biblioteca Virtual Digital.
- Tomo II: Educación Virtual; E.Learning, Blogs, Aprendizaje; Evaluación; Curricula Prof. Dr. E. Barmaimon; Bibliografía.

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 89 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- -  - 2017 . - Barmaimon, Enrique.2017- Libro Enfermedades Vasculares . 3 Tomos:

- Tomo I: Índice; Introducción; Generalidades; Enf. Vasculares; Enf. Arterias: Apoplejía, Trombosis, Coagulación, Conclusiones, Vasos Sanguíneos.
- Tomo II: Enf. Vasculares: Hipertensión Arterial; Enf. Coronarias; Enf. Cerebrovascular; Aneurismas; Aneurisma Aorta; Arterioesclerosis; Arteritis; Hipotensión; Choque Cardiogénico; Claudicación Intermitente; Embolismo; Tromboembolismo Pulmonar; Embolia Cerebral; Estenosis Art. Renal; Isquemia; Infarto; Ateroesclerosis; Atrotrombosis; Enf. Vascular Periférica; Malformación Congénita; Malformación Arteriovenosa; Eritromelalgia; Fistula Arteriovenosa; Gangrena.
- Tomo III: Enf. Venosas: Venas; Insuficiencia Venosa; Insuf. Venosa Mixta; Venas perforantes; Presión Venosa Central; Válvulas Venosas; Circulación Venosa y Linfática; Várices; Várices Esofágicas; Varicocele; Hemorroides; Flebitis; Tromboflebitis Superficial; Trombosis Venosa Profunda; Úlcera Venosa. Hipertensión Pulmonar. Sistema Linfático. Sistema Inmunitario. Bibliografía. Libros Prof. Dr. Enrique barmaimon. Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 89 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- -  - 2017 . - Barmaimon, Enrique.2017- Libro Medicina Perioperatoria . 6 Tomos:

- 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.
- Tomo IV: Anestias: Inhalatoria; Intravenosa; Regional; Equipamiento Anestesia; Respiradores; Líquidos Perioperatorios.
- Tomo V: Anestias: Gineco-obstétrica: Neonato, Regional; Pediátrica; Geriátrica; Cirugía Mayor Ambulatoria; Medicina Perioperatoria; Tratamiento Dolor; Medicina Paliativa; Hibernación Artificial.
- Tomo VI: Unidad Cuidados Intensivos; UCIN; Curricula; Bibliografía.

LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA: ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. - PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 89 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- -  - 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).(buscar);(Elegir libro entre 89 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

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

-LOS 139 LIBROS PUBLICADOS PROF. Dr. ENRIQUE BARMAIMON:  - -:

- Los 139 LIBROS PUBLICADOS DEL PROF. DR: ENRIQUE BARMAIMON: -. Alcance Gratuito , de 139 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 139 volúmenes : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº1 a 3:-  - Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3volúmenes : .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.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- Nº5 a 8: -  - Barmaimon Enrique. Libro Historia de la Anestesia, la Reanimación y los Cuidados Intensivos. 4 Tomos: .Tomo I: Prologo, Introducción, Índice, Historia General de la Ciencia, Historia Cronológica Anestesia, Equipamiento de Anestesia, Ayer y Hoy Anestesiólogo, y su Formación; . Tomo II: Historia de los Países Sudamericanos: Sociopolítica, Cultural, Educativa y de Salud; .Tomo III: Historia de los Países Centroamericanos y el Caribe: Sociopolítica, Cultural, Educativa, y de Salud; y .Tomo IV: Algunos avances anestésico- quirúrgicos, Historia de la Anestesia y la Reanimación Latinoamericana, Historia Anestésica de cada País Sudamericano, Anestesia Pediátrica, Anestesia geriátrica, Anestesia Especialidades, Manejo dolor Postoperatorio, Manejo dolor Crónico, Reanimación Cardiopulmonar, Medicina intensiva, Centro Quirúrgico, Anestesia Ambulatoria, Panorama Actual, Bibliografía.(2014). 1ªEd. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.

- Nº 9: -  - Barmaimon Enrique, Koyounian Pedro. Historia del General San Martín. Aspectos de su Salud.(2012).1ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay.

- Nº 10:  - Barmaimon, Enrique. Guaymirán Ríos Bruno. Anécdotas : en Libro Dr. Antonio Turnes.(2013). Varias anécdotas, Reanimación Cardiopulmonar, Plan Nacional de Desastres. 1ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay. B.V.S. 

- Nº: 11 a 13: -  - Barmaimon Enrique.(2015). Historia de las Grandes Guerras y su Influencia sobre la Anestesia y la Reanimación. 3 Tomos: . Tomo I: Grandes Guerras Europeas: Napoleónicas, Primera y Segunda Guerras mundiales, Resucitación Cardiopulmonar, Avances Medicina; .Tomo II: Guerras de Corea y Vietnam, Avances Medicina; y .Tomo III_ Guerras del Golfo, Irak, Afganistán y contra Terrorismo. . 1ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay. B.V.S.

- Nº 14:  - Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.

- Nº 15 a 17: -  - Barmaimon, Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos: . Tomo I: Filosofía, Psicología, Neuroanatomía Funcional, Neurociencias, Linguística, Antropología, Inteligencia Artificial; . Tomo II: Cognición, Gestión del Conocimiento, Feromonas, Psiconeurobiología Amor y Sexo, Mente; y .Tomo III: Anexos Ciencias Cognitivas. -1ªEd. Virtual, B.V.S. . Montevideo, Uruguay . B.V.S.

- Nº 18 a 20: -  - 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 21 a 24: -  - Barmaimon, Enrique. 2016. Libro Historia de la Banda Oriental.(R.O.U.). Historia Política, Social, Educativa, y de Salud. 4 Tomos:

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

.Tomo I: Índice, Introducción; Generalidades; Descripción 4 Principales Próceres: Artigas, Rivera, Lavalleja y Oribe; Presidentes del Uruguay, 2ª Parte Siglo XIX, Modernización y Militarismo, Presidentes;

.Tomo II: Siglo XX: Primeras Décadas: Club Atlético Peñarol, Club Atlético Nacional, Campeonato Mundial de 1930 y 1950; Presidentes, Colegialismo, Reforma 1966, Presidentes; Dictadura Militar

.Tomo III: Gobiernos Democráticos: Sanguinetti, Lacalle.

.Tomo IV: Siglo XXI: Generalidades; Tecnología, Educación; Ciencias, Historia Urbana Montevideo del Siglo XX; Gobierno y Política; Salud; Cultura; Presidentes: Batlle, Vázquez; Mujica; Educación Uruguaya; Enseñanza Terciaria; Universidades; Servicios de Salud; Bibliografía.

-1ª Ed. Virtual. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon). (buscar); (Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 25 a 28:  - Barmaimon, Enrique. 2016. Trilogía Países Europeos: Historia Socio-política, Cultural, Educativa, y de Salud de República Francesa, Reino de España, y Reino Unido. 4 Tomos:

.Tomo I: República Francesa.

.Tomo II : Reino de España.

.Tomo III: Reino Unido.

.Tomo IV: Gastronomía y Mapas de Trilogía.

- .1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon). (buscar); (Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº 29 a 32 :  - Barmaimon, Enrique. 2016. Museos del Mundo. Historia y Características. 4 Tomos:

.Tomo I: Generalidades, Museos de Arte Más Visitados, Museos de Ciencia,

Funcionamiento, Tipología, HISTORIA. FILOSOFÍA DE LA HISTORIA.

. Tomo II: Relación de Museos de Arte: del 1 al 10.

. Tomo III: Relación de Museos de Arte: del 11 al 20.

Tomo IV: Relación de Museos de Arte: del 21 al 100. y 5 Adicionales.

- 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon). (OR). (buscar); (Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº 33: -  - Barmaimon, Enrique. 2016. Cataratas: Técnicas de Facoemulsificación. 1 Tomo. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon). (OR). (buscar); (Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº 34 y 35 -  - : - 2017. - Barmaimon, Enrique. 2017. Libro Con Tipos de Dietas y Alimentación Según Salud, Enfermedad, y Patología. 2 Tomos:

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- Tomo I: Índice, Introducción, Régimen Alimenticio, Hábitos Alimentarios, Tipo de Dietas, Alimentos, Gastronomía Uruguay y el Mundo, Necesidades Básicas, Dieta Saludable, Animales por Dieta, y Alimentos Comunes y Energía.
- Tomo II: Índice, Dietista-Nutricionista, Ciencias de la Salud, Nutrición, Trastornos Conducta Alimentaria, Véase También, Referencias, Bibliografía, Currículo Prof. Barmaimon, Enlaces.

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº 36 a 39:  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:

- TOMO I : Índice; Prólogo Dr. Antonio Turnes; Introducción: Técnica, Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales; PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología; y Ciencias Sociales.
- Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas.
- Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas; -Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: 9 Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas con Intervención Social; 3 con Ciencias Cognitivas, Biblioteconomía; y 8 con Evolución de Sociedades; PARTE VIII: Bibliografía; PARTE IX: Véase También; PARTE X: Enlaces Externos; y PARTE XI: Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon;

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 40 y 41: -  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Calidad de Vida- 2 Tomos:

- TOMO I: Introducción, Calidad de Vida.
- Tomo II: Esperanza de Vida; Educación, Biblioteca Virtual, Educación Virtual, E.Learning, TIC, Blogs, Aprendizaje; P.I.B.; Índice Desarrollo Humano; Indicadores Sociales; PNUD; Crecimiento Económico; Terminología Económica; Desarrollo Económico; Francmasonería; Bienestar Social, Bibliografía; .Currículo Prof. Dr. Enrique Barmaimon;

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº 42 y 43:  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Biblioteconomía, y Educación Virtual y Biblioteca Virtual- 2 Tomos-

- Tomo I : Introducción; Biblioteconomía; Bibliotecas; Biblioteca Virtual Digital.
- Tomo II: Educación Virtual; E.Learning, Blogs, TICS, Aprendizaje; Evaluación; Curricula Prof. Dr. E. Barmaimon; Bibliografía.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 44 a 46 :  - 2017 . - Barmaimon, Enrique.2017- Libro Enfermedades Vasculares . 3 Tomos:

- Tomo I: Índice; Introducción; Generalidades; Enf. Vasculares; Enf. Arterias: Apoplejía, Trombosis, Coagulación, Conclusiones, Vasos Sanguíneos.
- Tomo II: Enf. Vasculares: Hipertensión Arterial; Enf. Coronarias; Enf. Cerebrovascular; Aneurismas; Aneurisma Aorta; Arterioesclerosis; Arteritis; Hipotensión; Choque Cardiogénico; Claudicación Intermitente; Embolismo; Tromboembolismo Pulmonar; Embolia Cerebral; Estenosis Art. Renal; Isquemia; Infarto; Aterosclerosis; Atrotrombosis; Enf. Vascular Periférica; Malformación Congénita; Malformación Arteriovenosa; Eritromelalgia; Fistula Arteriovenosa; Gangrena.
- Tomo III: Enf. Venosas: Venas; Insuficiencia Venosa; Insuf. Venosa Mixta; Venas perforantes; Presión Venosa Central; Válvulas Venosas; Circulación Venosa y Linfática; Várices; Várices Esofágicas; Varicocele; Hemorroides; Flebitis; Tromboflebitis Superficial; Trombosis Venosa Profunda; Úlcera Venosa. Hipertensión Pulmonar. Sistema Linfático. Sistema Inmunitario. Bibliografía. Libros Prof. Dr. Enrique Barmaimon. Currículo Prof. Dr. Enrique Barmaimon.

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº 47 a 52:  - 2017 . - Barmaimon, Enrique. 2017- Libro Medicina Perioperatoria . 6 Tomos:

- 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 Anestesis, 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:AnestesisInhalatorias,Intravenosas,Balanceada,Regionales;Equipamiento, Respiradores; Líquidos Perioperatorios.
- Tomo V: Anestesis: 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, Antisepsia, Licenciatura; Panorama Actual y Futuro; Cirugía En Siglo XXI; Otros Avances Ayer y Hoy Del Quirófano; Educación En Uruguay; Currículo.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

.- Nº 53 a 58 -  - 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).(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

.- Nº 59 a 64: -  - 2017- Barmaimon, Enrique.2017- Libros Anestesia En Urología . 6 Tomos:

- Tomo I: Prólogo; Introducción; Historia, Generalidades; Urología; Anestesiología.
- Tomo II: Coagulación; Émbolos; Sistemas Integración; Canales.
- TOMO III: Bases Cognitivas; Organización Nerviosa; Neurotransmisores; Homeostasis; Conducta; Realimentación; Sistemas Autoinmunes.
- TOMO IV: Sistemas Autoinmunes
- TOMO V: Ciencias Cognitivas.
- Tomo VI: Patologías Cognitivas y Neurológicas, Situaciones Cognitivas, Anestesia En Urología, Curricula; Bibliografía.

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 65 a 68: - 2018 -  - Barmaimon, Enrique. 2018- Libros Angioedema Hereditario y Adquirido. 4 Tomos:

- TOMO I: Prólogo; Introducción; Angioedema Hereditario y Adquirido; Embolia Pulmonar; Angioedema; Cambios Anátomo Funcionales, Psíquicos, Sociales, y Ambientales; Neuropsicología Cognitiva; Neurotecnología; Sangre; Características Neuronas. -TOMO II: Angioedema Infantil, Hereditario, y Adquirido; Trastornos Alérgicos,, Aneurismas; Embolias, Trombosis ,TVP; Coagulación. -TOMO III: Sistemas de Integración, Plasticidad Neuronal, Canales, Canulopatías, Inflamación.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- TOMO IV: Alergología; Enfermedades Autoinmunes; Endocrinología: Sistema Endócrino, Prostaglandinas, Transducción de Señal, Segundo Mensajero; Hematología, RTU Próstata; Disco, Hernia y Columna Vertebral. Rehabilitación Linfedema.

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº 69 a 72: - 2018. -  - Barmaimon, Enrique.2018- Libros Compresión Intermitente y Equipos Médico-Anestésicos. 4 Tomos:

TOMO I: Prólogo; Introducción; Linfedema; Medidas de Prevención, Pronóstico; y Tratamiento; DLM; Presoterapia y otros, Máquina Anestesia, y Reacciones Químicas. -TOMO II: Características Máquinas Anestesia, Vaporizadores; Carro; ; Hospital; Atención Médica, Tipos; Paciente; Departamento de Emergencia, Servicios Médicos; - TOMO III: Terapia Física,, Medicina y Rehabilitación; Monitoreo; Tecnología Médica; Ecocardiografía; Cirugía Ambulatoria; Medicina Hiperbárica; Ventilación Mecánica; Soporte Vital; Desfibrilación; Lesión; y

- TOMO IV: Quirófanos; Anestesia; Índice Biespectral; Signos Vitales; Ventilación Artificial y Mecánica; Respirador Médico; Unidad Cuidados Intensivos; Trastorno Mental; Currículo Prof. Dr. Barmaimon; 104 Libros Publicados.

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº 73: -  - 2018- Barmaimon, Enrique. 2018- Libro Historia de la Universidad de La República (UdelaR). - 1 Tomo. -Índice; Introducción; Historia UdelaR; Centros Universitarios; Centros Regionales; Gobierno, Doctorados; Ley Organización UDELAR, Dirección G. Relaciones y Cooperación; Educación Uruguay; Centros de Salud; Currículo; y 112 Libros Publicados.. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay.

BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº 74:  - 2018- Barmaimon, Enrique: Disquinesia Ciliar Primaria- Montevideo, Uruguay- 1 Tomo- 1ª Ed. B. V.S. .: LIBROS PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON. (www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº 75: -  -Barmaimon, Enrique- LIBRO SOBRE EDEMAS- 1 TOMO-AÑO 2018- Montevideo, Uruguay- - Introducción, Generalidades, Definición, Tipos de Edema, Causas Principales, Insuficiencia Renal, Cirrosis Hepática, Trombosis Venosa, Síndromes Nefrítico y Nefrótico, Malnutrición, Edemas M. Inf., Edema Cerebral y Pulmonar, Retención Na., Disfunción Renal y Multiorgánica, Infecciones Parasitarias, Fricción entre Tejidos, Edema Angioneurótico; Tratamientos.- Lista 112 Libros- Currículo. 1ª Ed. B. V.S. .:

www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

.-Nº 76 y 77:-  -*Barmaimon, Enrique*- LIBRO 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.112 Libros Publicados. Currículo.

- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 78 a 81:-  -*Barmaimon, Enrique*- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- 4 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay- - TOMO I: Neurotransmisores; Receptor Celular; Neurohormonas; Drogas; Ejes; S.Endócrino; Hipotálamo; Hipófisis. - TOMO II: Enfermedades; Morbilidad; Comorbilidad; L.C.R.; Imagen Médica; Psicología Cognitiva; Clasificaciones Internacionales. - TOMO III: Clasificaciones y Manuales; S. Nervioso; S. Límbico; Motivación; Conducta; Trastornos Sueño; Sensibilización Central; Dolor; Alodinia; SDRC; - TOMO IV: Estrés; Cognición; S. R. C.; ACV; Trombosis; S. Piernas Inquietas; Sueño; Cansancio; Ansiedad; Depresión; Ejercicio Físico; Técnicas Relajación; Meditación; Espasmo Muscular; Frío; 122 Libros Publicados; Currículo. - www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº82 a 85.- :-  -*Barmaimon, Enrique*- LIBROS MEDICINA ALTERNATIVA- 4 TOMOS- AÑO 2019- Montevideo, Uruguay- - TOMO I: Medicina Alternativa; Terapias Alternativas; Acupresión; Acupuntura; Apiterapia; Aromaterapia; Ayurveda; Balneoterapia; Bioenergética; Medicina China; Cristaloterapia ; Cromoterapia; Danzoterapia; DLM; - TOMO II: Eutonía; Fangoterapia; Fitoterapia; Fototerapia; Hidroterapia; Hipnosis; Homeopatía; Ridología; Kinesioterapia; Johrel . - Tomo III: Lavado Nasal; Macrobiótica; Magnetoterapia; Masaje; Medicinas; Musicoterapia; Orinoterapia; Osteopatía; M. Hiperbárica; Oxigenoterapia; Ozonoterapia; Pranayama; Quiropraxia. - TOMO IV: Radionica; Renacimiento; R. Mantras; Reflexología; Regresión P. ; Reiki; Relajación: Técnicas; Sanación; Shiatsu; Sonoterapia; Talasoterapia; EFT; Otras Terapias; Yoga; Zooterapia; 112 libros Publicados; Currículo. - www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

--Nº86 a 89.- :-  -*Barmaimon, Enrique*- LIBROS SOBRE HIPERTENSIÓN INTRAOCULAR y GLAUCOMA- 4 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay- -TOMO I: Índice, Prólogo, Introducción; Presión Intraocular ; Oftalmología; Enf. Oculares. - TOMO II: Optometría y Campimetría. Ojo Animal. OJO Humano. Exámenes del Ojo. Enfermedades del Ojo. Procedimientos Diagnósticos. Glaucoma. y - TOMO III: Procedimientos Terapéuticos, Laser, LASIK, VITRECTOMÍA y otros. Técnicas Optometría. Lentes Correctoras. Transplantes. Prostaglandinas,. y • TOMO IV: Medicina Regenerativa. Fibromialgias. Estimulación Magnética Transcraneana. Enf. Autoinmunes. Inmunidad Innata y Adquirida. Tratamiento del Sueño. Ansiedad. Dieta Sin Gluten. 112 Libros Publicados. Currículo.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

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

- . -Nº90 y 91.- :-  -*Barmaimon, Enrique*- LIBROS SOBRE MASAJE, FISIOTERAPIA, y LINFOEDEMA.- 2 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay- -TOMO I: Índice, Prólogo, Introducción; Masaje; Fisioterapeuta; Fisioterapia; Médico; Fisiatría; Masajista, Quiromasaje; D.L.M.; Sist. Linfático; Sist. Inmunitario; Sist. Circulatorio; Edemas; Categoría: Sist. linfático; Masoterapia ; Presoterapia y Otros. Generalidades, Prevención ,y Tratamiento Linfoedema; Presoterapia, Vendajes, y Otros.

- TOMO II: - Etiología, Diagnóstico, Clínica y Tratamiento Linfedema; Fisioterapia;; Balneoterapia; Agua Mineral; Aguas termales; Termas; SPA; Talasoterapia; Hidroterapia; Baño Herbal; Baño Turco; Sauna; Fibromialgia; Foniatría; Estética; Medicina Intensiva; Linfodrenaje; Cirugía; Rehabilitación Salud; 122 Libros; Currículo; y Síntesis Linfedema. -www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº 92.a 95.-:-  -*Barmaimon, Enrique*- LIBROS SOBRE LUMBALGIAS- 4 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-

- TOMO I: Prologo; Índice; Introducción; Aparato Locomotor; Sistema Muscular; Neurona; Traumatología y Ortopedia; Fisiatría; y Fisioterapia. - TOMO II: Homosapiens; Sist. Circulatorio, Linfático e Inmunológicos; y Columna Vertebral.

- TOMO III: Lumbalgias; Artralgias y Mialgias; Ciática; Enf. Neurológicas; Inflamación; Infección; Quimioterapia; Reumas; Neurotransmisores; Neurohormonas; y Prostaglandinas. y - TOMO IV: Dolor; Dolor de Espalda; Espondilosis; Traumatología; Enf. Degenerativas; Escalera Analgésica OMS; Medicina Paliativa; Cáncer; Testamento Vital; Sedación Terminal; Muerte Digna; 122 Libros; y Currículo. -  -[Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 96.a 104.-:-  -*Barmaimon, Enrique y Carla Fernández*- LIBROS SOBRE HOMO SAPIENS, Aspectos Médicos y Psicológicos - 9 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-

- TOMO I: Prologo; Índice; Introducción; Homo Sapiens; Primates; Hominidos; Género Homo; Inventar; Aprendizaje; Idioma; Lógica.

TOMO II :Medicina; Psicología; Psicología Cognitiva; Ciencias Cognitivas; Epistemología; Linguística; Red Neuronal Artificial Humana; Neuropsicología; Neurociencias..

- TOMO III: Antropología; Matemáticas; Escritura; Música; Ciencias; Tecnología.

-TOMO IV: Animal Social; Etología; Filogenia; Filosofía; Religión; Cultura.

- TOMO V: Conciencia; Moral; Dogma; Desastre Natural; Guerra; Neurología; Ser Vivo; Cuerpo Humano;

- TOMO VI: Mente; Inteligencia; Inteligencia Artificial; Pensamiento; Percepción; Memoria; Imaginación; Nutrición; Régimen Alimenticio; Alimentación Humana; Omnívoro; Vegetarianismo.

- TOMO VII: Personalidad; Comportamiento Humano; Esperanza de Vida;

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

Longevidad; Sexualidad; Relación Sexual ,Estro; Menarquia; Menopausia; Amor; Sexualidad Humana; Aparato Genital;
- TOMO VIII: Evolución Humana; Mitos de la Creación; Mutación; Adan Cromosómico; Eva Mitocondrial; Selva; Prehistoria, Paleolítico Inferior y Superior; Selva; Mutación; -
-TOMO IX: Comportamiento Humano Moderno; Lenguaje Humano; Arte; Salud Mental; Creencia; Deseo; Habitat Humano; Demografía; Psicoanálisis; Gluten; 122 Libros; y Curriculos. -- - [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)- -- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 105 a 109- - - Barmaimon, Enrique- Libros Sobre Cirugía en Enfermos Anticoagulados- 5 TOMOS- AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-

-TOMO I: Prólogo; Introducción; Cirugía; Anestesiología y Reanimación; Angiología y Cirugía Vascular; Cirugía Bariátrica; Cirugía Cardíaca; Cirugía General y Digestiva; Laparoscopías; Cirugía Oral y Maxilofacial; Cirugía Plástica; Cirugía Torácica; Cirugía Oncológica; Cirugía Ortopédica; Cirugía Pediátrica; Cirugía Refractiva; Neurociencias; Dermatología; Electrofisiología; Obstetricia y Ginecología; Odontología; Oftalmología; Otorrinolaringología; Urología; Cirugía Robótica; y Medicina Intensiva. . TOMO II: Historia Cirugía; Cirugía Menor; Cirugía Mayor Ambulatoria: Características; C.M.A.; Anestesia Para C.M.A.; R.T.U.

- Tomo III: Coagulación; Factores de Coagulación; Anticoagulantes; Warfarina; Anticoagulación; Insuficiencia Cardíaca y Anticoagulantes; Clasificación Anticoagulantes; Rivaroxaban; Cardioaspirina ; Heparina; Fraxiparine; Linfedemas para Equipo de Salud y Paciente.
- Tomo IV: Preoperatorio de Anticoagulados; Historia Clínica; Historia Clínica Electrónica; Aneurismas; Aneurisma Abdominal Roto; Émbolos; Embolia Cerebral; Trombosis; Arterioesclerosis; Hipertensión Arterial; T. V.P.; y
- TOMO V: Alergia; Várices; Sistema inmunitario; Linfedema; Angioedema; Fibromialgia; 122

Libros Publicados; Currículo. 1ªEd. Virtual, B.V.S. . Montevideo, Uruguay . B.V.S. - - - [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)-

- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 110 a 112- - - - Barmaimon, Enrique- Libros Sobre República Del Perú: Aspectos Médicos , Anestesiológicos y Universitarios - 3 TOMOS- AÑO 2019- Montevideo, Uruguay- TOMO I: GENERALIDADES; Etimología; Historia; Gobierno y Política; Organización Territorial; Geografía; Economía; Infraestructura; Población; Cultura; Referencias, Bibliografía. -TOMO II:U.P.C.H; Clasificación Universidades; Educación Perú; y Currículo Prof.Dr. Barmaimon(124 libros) y

- TOMO III: UPSMP; UdelaR: Centros Universitarios y Regionales, Gobierno, Ley Orgánica, Editorial Universitaria; Educación Uruguay; Otras Universidades; Prestadores de Seguros.
- 1ªEd. Virtual, B.V.S. . Montevideo, Uruguay . B.V.S. - - [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)- - www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- Nº 113 - -  - *Barmaimon, Enrique- Manual del Residente de Anestesiología y Reanimación de U.P.C.H - 1 TOMO- AÑO 2019- Montevideo, Uruguay- Tomo 1: Introducción; Evolución; Actualmente; Medicina Operatoria; Generalidades; Características; Niveles; Preoperatorio; Riesgo Quirúrgico; Prequirófano; Valores Normales; Etapa Transoperatoria; Posoperatorio; Cirugía Ambulatoria, Bibliografía; 124 Libros; Currículo. -  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)- - - www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).*
- Nº 114 a 116 - -  - *Barmaimon, Enrique y Javier Fernández R.- LIBROS SOBRE ASPECTOS MÉDICOS Y MATEMÁTICOS DEL HOMO SAPIENS-- 3 TOMOS- AÑO 2019- Montevideo, Uruguay- Tomo I: Introducción; Prólogo; Antropología; Lógica; Matemáticas; Escritura; Ciencia; Tecnología. Tomo II: Filosofía; Conciencia; Moral; Mente; Inteligencia; Inteligencia Artificial; Pensamiento; Percepción; Memoria(Proceso); Imaginación; y - TOMO III: Personalidad; Comportamiento Humano; Esperanza de Vida; Longevidad; Comportamiento Humano; 122 Libros Publicados; y Currículos. - -  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)- -  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)- - - www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).*
- Nº 117 a 122-- - *Barmaimon, Enrique- Libros Sobre Cuidados Intensivos- 6 TOMOS- AÑO 2019- Montevideo, Uruguay- -TOMO I: Prólogo; Introducción; Generalidades; Unidad Cuidados Intensivos; Hospital; Medicina Intensiva; Soportes Vital Básico y Avanzado; Medicina; Atención Primaria; ASSE Uruguay; Especialidades médicas. -TOMO II: Primeros Cuidados Enfermería; Tecnologías de Información; Reanimación Cardiopulmonar; Paro Cardiorrespiratorio; Reanimación Neonatal; Compartimientos Fluidos; Reemplazo Fluidos; Urgencias Médicas; Insuficiencia Renal Aguda; Cuidados Básicos Enfermería en U.C.I.; Primeros Auxilios; Ética Médica. -TOMO III: Técnicas Soporte Vital: Sondas Alimentación, Nutrición Parenteral, Ventilación Mecánica, Cateterización Urinaria, Diálisis, Desfibrilación, Electrofisiología, Marcapasos, Electromedicina, Otros Primeros Auxilios; Univ.de: Paris, Paris V Descartes; Hosp. Militar Val-De-Grace Paris; Hosp. de Paris; Ahogamiento; Atragantamiento; Estrangulamiento; Síncope; Síncope Vasovagal; Grandes desastres. -TOMO IV: Esp. Médicas; Formación Universitaria; Sist. Asistencia Sanitaria; M.S.P. Uruguay; ASSE; Enfermería; Alergología; Análisis Clínicos; Anat. Patológica; Anestesiol., y Reanimación; Angiología; Bioquímica Clínica; Cardiología; Cir. Cardiovascular; Cir. General y Digestiva; Cir. Oral y Maxilofacial; Cir, Ortopédica; Cir. Pediátrica; Cir. Plástica; Dermatología y Venerología; Endocrinología; - TOMO V: Epidemiología; Estomatología; Farmacología; Foniatría; Gastroenterología; Genética; Geriátrica; Ginecología; Hematología, Hidrología Médica; Infectología; Inmunología; Med. Aeroespacial; Med. Ejercicios; Med. Trabajo; Med. Urgencias; Med. Famil. y Comunit.; Med. Física y Rehabil.; Med. Intrerna; Med. Legal y Forense,. y -TOMO VI: Med. Nuclear; Med. Preventivas y S.Pública; Med. Veterinaria; Microbiolog. y Parasitolog.; Nefrología; Neonatología; Neumología; Neurociencia; Neurofisiología Clínica; Neurología; Nutriología; Oftalmología; Oncología Médica; Oncología Radioterápica; O.R.L; Pediatría; Proctología; Psiquiatría; Radiologí, Salud Pública; Toxicología; Traumatología; Urología; Currículo Prof. Dr. E.B.; y 122 Libros Publicados Prof. Dr. E.Barmaimon. - -  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)- -  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)-*

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

(S.M.U.)- -- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 123 a 128--  -Barmaimon, Enrique- Libros Sobre Medicina Nuclear- 6 TOMOS- AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-

- TOMO I: ÍNDICE, Prólogo; Introducción; Medicina Nuclear; Cat: Med. Nuclear; Cámara Gamma; PET; Electromedicina; E.C.G.; Radiología; Rad. Intervencionista; Radiofármaco; Tecnología Sanitaria; Seguridad Nuclear; Perfusión Miocárdica; Física Médica; Cat.Energía Nuclear; Radiobiología; Holter; Oncología Radioterápica. -TOMO II: Tomografía Computarizada; Resonancia Magnética Nuclear; Centellograma;

Energía Nuclear; SPECT; Radioactividad; Tecnecio; Galio; Yodo; Gammagrafía; Trombo Embolismo Pulmonar; Absceso; Inflamación.

- TOMO III: Enf.Autoinmune; Sist.Inmunitario; Metabolismo; Metabolismo Basal; Tumor; Apar. Respiratorio; Sist. Urinario Humano; Infec,Urinaria; Infección; Renograma.

- TOMO IV: Gland.Tiroides; Endocrinología; Sist. Circulatorio; Sist. Linfático; Enf. Vascular Periférica; Sist. Venoso; Traumatología; Ortopedia; Cat: Ortopedia; Cirurg. Ortopédica ; Articulación; Sist. Nervioso; Sist. Nervioso central.

- TOMO V: Homeostásis; Cibernética; Retroalimentación; Robótica; Barrera Hematoencefálica; S. N. Central; Capilar Sanguíneo; Endotelio; Respiración Celular; Biosíntesis Proteica; Reac. Bioquímicas; Osmoregulación; Microbiología; Hipertensión Arterial; Antihipertensivo. y

- TOMO VI: Linfa; Fluidos corporales; Vasos Linfáticos; Capilares Linfáticos, Circul. Pulmonar; Fisiol. Respiratoria; Trombosis; T.V.P.; Aterosclerosis; Arterioesclerosis; Emboles; Infarto Agudo Miocárdico; A.C.V.; Claudicación Intermitente; Linfedema; Pruebas Función Pulmonar; Montevideo, R.O.U.; 128 Libros publicados; Currículo Prof.

E.B.. -  - [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](http://www.bvssmu@org.uy)- (S.M.U.)- -- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 130 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

Nº131 a N|139: -  . -Barmaimon, Enrique- Libros Sobre Síndromes de Fatiga Crónica- 9 TOMOS- AÑO 2019- Montevideo, Uruguay:-

-TOMO I: ÍNDICE, Prólogo; Introducción;

;Currículo Prof.Dr. E.B.; y 139 Libros Publicados Prof. Dr. E. Barmaimon.

-  - [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](http://www.bvssmu@org.uy)- (S.M.U.) - www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra). y en la BIBLIOTECA DEL COLEGIO MEDICO DEL URUGUAY.

--  - [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](http://www.bvssmu@org.uy)- (S.M.U.)-

;-BARMAIMON, ENRIQUE: TESIS DE DOCTORADO: Reanimación Cardiovascularrespiratoria Fuera de Sala de Operaciones. UDELAR. Año 1962..

0 0 0 0 0 0 0 0.

-  VARIOS:

- Especialización en Planificación Universitaria y de Salud.
- Especialización en Construcción y Equipamiento Hospitalario.
- Miembro de varias Sociedades Científicas nacionales y extranjeras.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI.LIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- Autor de libros y múltiples trabajos científicos: 109 Trabajos y 111 Libros.
- [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#).
- TRABAJOS:
 - BARMAIMON, ENRIQUE.- Aldosterona en el Shock. Anales 3er.Congr. Mund.Anest.San Pablo.1964.
 - BARMAIMON, ENRIQUE.- Evaluación Clínica Betahipertensina. Anales 3er.Congr. Mund. Anest. San Pablo.1964.
 - BARMAIMON, ENRIQUE.- Angiotensina Nuevo Vasopresor. Rev.Per.Anest. 2.26.964.
 - BARMAIMON, ENRIQUE.- Bases Anatomofuncionales de la Neuropsicología. UPSMP.1982.
 - BARMAIMON, ENRIQUE.- Bloqueadores Alfa y Beta. Función Cardiovascular y Anestesia. Soc.Per.Anest, 1969.
 - BARMAIMON, ENRIQUE.- Carbocaina Nuevo Anestésico Local. Rev. Mex. Anest. Tomo XI ,6.4.15. 1963.
 - BARMAIMON, ENRIQUE.- Clasificación Relajantes Musculares. Soc. Per. Anest. 1969.
 - BARMAIMON, ENRIQUE.- Complicaciones Intraoperatorias y Postoperatorias.1ª Jorn. Med.Quirur. Huancayo.1968.
 - BARMAIMON, ENRIQUE.- Evaluación Clínica Pentazocina. Anales 4ºCongr.Per,Anest.1968.
 - BARMAIMON, ENRIQUE.- Evaluación Clínica Ketamina. Anales 5º Congr. Per. Anest.Lima.1970.
 - BARMAIMON, ENRIQUE.- Importancia de la Diuresis en el Control Operatorio.Anales 5º Congr.Per.Anest, Lima, 1970.
 - BARMAIMON, ENRIQUE.- Accidentes y Complicaciones Operatorias. Rev.Viernes Médico 22.2.190. Mayo 1971.
 - BARMAIMON, ENRIQUE.- Farmacología del Dolor. Symposium Winthrop del Dolor. Lima.1972.
 - BARMAIMON, ENRIQUE.- Drogadicción y Alcoholismo.UPSMP.1982. -5º Congr.Per. Anest. 1970.

**LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:
ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS. -
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSILIC. CARLA
FERNANDEZ.- - 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO IX -**

- 5to. Congr. Per. Anest. 1970.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Infiltración del Ganglio Estrellado, Tesis de Especialista, U.N.U., 1962.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Innovan en Anestesiología, Anales 7mo. Congr. Lat. Amer. Anest. Montevideo, 1964.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Novocaína en Anestesia General, Actas, Per. Anest. 6-1-19, 1968.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Nuevos Conceptos en la Valoración Clínica Preoperatoria, 2do. Congr. Med. Cir. Seg. Social, Lima, Febrero 1971.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Ocho Reglas para Interpretar el Sistema Nervioso, UPSMP, 1977.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Organización del Sistema Nervioso, UPSMP, 1977.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Paro Cardíaco, 1ra. Jorn. Med. Quir. Pucallpa, Dic. 1971.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Piso Cortical, UPSMP, 1978.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Piso Medular, UPSMP, 1977.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Piso Subcortical, UPSMP, 1978.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Preparación Psíquica Embarazada, Symposium U.P.C.H. 1970.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Propenidida, Evaluación Clínica, Anales 8vo. Congr. Lat. Amer. Anest. Caracas, 1966.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Propanidida-Velium en Anestesia Balanceada, Anales 4to. Congr. Per. Anest. 1968.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Propiedades Fisiológicas de los Sistemas de Integración, UPSMP, 1978.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Reanimación Cardiovasculoespiratoria de Emergencia, Tesis de Doctorado U.N.U. Montevideo, 1963.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Reanimación de Emergencia, Anales 3er. Congr. Per. Anest. Lima, 1966.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Relajantes Musculares, Soc. Per. Anest. 1968.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Respiración Artificial por Métodos Instrumentales Simples, especialmente con Aire Ambiente; 2da. Jorn. Riopl. Anest. Montevideo, 1962.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Separatas de Actividad Nerviosa Superior, U.I.G.V., 1978.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Separatas de Neuroanatomía, UPSMP, 1983.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Separatas Neurofisiología, UPSMP, 1983.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Separatas de Psicofisiología, UPSMP, 1983.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Síndromes Neuropsicológicos, UPSMP, 1982.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Sistema de Activación Reticular, UPSMP, 1978.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Uso Vasopresores en Anestesia y Shock, Anales 3er. Congr. Per. Anest. Lima, 1966.

- Asistencia a múltiples Congresos Internacionales . Mundiales, Norteamericanos, Latinoamericanos y Europeos..

-  -Por ello, el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay le confiere la Distinción Sindical al mérito gremial, docente, científico y en el ejercicio profesional.2004.

0 0 0 0 0 0 0.