IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

Neurofisiología y psicopatología

UNIDAD Nº I

Psicopatología

WWW.IPLACEX.CL

Introducción

Podría ser que alguna vez se hayan preguntado sobre las acciones de las personas, lo que es normal y lo que no lo es, diferencia entre enfermedad y trastorno, etc.

Este curso tiene como finalidad compartir los conocimientos para vuestra formación. Si bien el reconocimiento de los hechos psíquicos anormales podría contar con algunas dificultades como el lenguaje convencional con que se les denomina, trataremos de entregar los contenidos de una manera amigable.

Este curso intentará aclarar las posibles interrogantes exponiendo en forma de ordenamiento de cada uno de los conceptos, enfoques actuales.

En esta asignatura, se reconocerán los conceptos de psicopatología, Semiología psiquiátrica, conceptos normalidad-anormalidad, salud-enfermedad, inercia mental, aportes de algunos autores.

Se estudiarán además, enfoques en psicopatología, la importancia de la entrevista tanto en psiquiatría como en psicología. La importancia de estructurar un encuadre con el paciente.

Centrarse en el malestar del individuo, los motivos, el contexto social, familiar, no dar nada por hecho, los pros y los contras de generar un diagnóstico.

Ideas Fuerza

1. Psicología, se puede definir como el estudio de las dolencias del alma

2. La psicopatología basa su interés en el hecho psiquiátrico entendido en un sentido amplio

3. Parte desde la unidad que es el ser humano, descomponiéndolo en funciones psíquicas.

4. Concepto salud-enfermedad

5. Concepto normalidad-anormalidad

Desarrollo

1. Psicopatología

La palabra psicopatología puede referir varias cuestiones. Por un lado, con ese término se designa a aquella área de salud que describe y sistematiza los cambios que se producen en el comportamiento de los seres humanos y que no pueden ser explicados a través de la maduración o del desarrollo del individuo y se los conoce como trastornos psicológicos, por el otro lado, como un área de estudio dentro de la psicología que se centra en estudiar aquellos estados no sanos de la mente de los individuos.

De esto se desprende que cualquier conducta que ocasione malestar, algún

Impedimento o la discapacidad como consecuencia del deterioro de las funciones

Cerebrales cognitivas, es posible a través de un enfoque holístico, ser

Denominado como psicopatología.

1.1 Historia de la psicopatología

- Antigüedad (prehistoria): El hombre primitivo entendía la enfermedad mental como una posesión de espíritus malignos, atribuyéndole a los trastornos psiquiátricos un origen sobrenatural.

- Cultura griega y romana: Hipócrates fue el primero en aproximarse a un origen biológico de los trastornos psiquiátricos, distinguiendo cuatro humores básicos existentes en el cuerpo humano, los cuales se corresponden a un determinado

temperamento, éstos son: sangre- sanguíneo, flema – flemático, bilis amarilla – colérico y bilis negra – nervioso o melancólico.

Platón considera que los trastornos mentales son en parte orgánicos, en parte éticos y en parte divinos.

Galeno sintetiza los conocimientos existentes y divide las causas de los trastornos psiquiátricos mentales en orgánicos y mentales.

- Edad Media y Renacimiento: vuelta a la hipótesis de posesiones demoníacas y explicaciones divinas. Se incurre en maltrato y encierro a los enfermos mentales.

- Phillipe Pinel (1745 – 1826): considerado el fundador de la psiquiatría. Hace una distinción entre melancolía, manía, demencia e idiocia.(trastorno mental caracterizado por una deficiencia muy profunda de las facultades mentales, apariencia y desarrollo físico normal y desarrollo mental no superior a tres años).

- Freud: padre del psicoanálisis, en 1889 comenzó a usar el método catártico acompañado por la hipnosis, tratando de eliminar los síntomas mediante la verbalización de los sentimientos suprimidos y que estaban relacionados con los síntomas.

  Introduce conceptos como resistencia y represión, a través de la asociación libre que comenzó a trabajar con sus pacientes.

  En 1890, comienza a observar que las pacientes histéricas manifestaban haber tenido experiencias tempranas de seducción por parte de las figuras tempranas significativas y relacionó estas experiencias con la aparición de la neurosis.

  Publica la interpretación de los sueños y se da cuenta que en este tipo de manifestación había una liberación del inconsciente, por lo que cierto material intolerado por el sujeto era capaz de emerger y expresar un nivel de conflicto.

Luego llega el modelo topográfico de la mente, en el cual plantea la existencia de tres regiones: consiente, preconsciente e inconsciente.

Más tarde plantea el **modelo de la psicología del yo**, en éste, plantea la existencia de tres instancias psíquicas: Ello, Yo y Superyó.

El Ello es definido como la pulsión, el deseo o instinto, se caracteriza por el pensamiento como un proceso primario cuyo objetivo principal es la satisfacción de los deseos y la descarga instintiva.

El Yo es definido como aquella parte consiente que se encarga de evaluar si es posible llevar a cabo la necesidad, pulsión o deseo. El yo es un mediador entre el Ello y el Superyó.

El Superyó es definido como el deber ser, aquella norma social introyectada que rige el actuar.

Los aportes teóricos de Freud son muchos: la teoría del instinto, el principio del placer, tres ensayos sobre la teoría sexual la relación objetal en la teoría del instinto, concepto de narcisismo, entre otros.

- Bleuler: sustituye el término **demencia precoz** por el de **esquizofrenia** correspondería a un trastorno probablemente orgánico. Dislocación de las diversas funciones psíquicas.

- Jaspers: introduce el rigor metodológico en la investigación en psiquiatría.

- Psiquiatría actual: a contar de la segunda guerra mundial, la Psiquiatría se ve evolucionada por las terapias farmacológicas que aparecen en los años cincuenta.

En resumen, la Psicopatología:
Estudia el comportamiento humano centrándose en la conducta anormal.

2. Psiquiatría

La psiquiatría se entiende como una rama de la medicina que se ocupa de estudiar Trastornos psíquicos, entendiendo como tales las enfermedades psiquiátricas. Se ocupa del estudio, descripción, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psiquiátricos.

La psiquiatría trata cada caso de modo individual, evitando las generalizaciones.

Se centra en el hombre enfermo indivisible por definición.

Enfoques

2.1. Descripción clínica

a. Consiste en la posibilidad de **observar** y describir elementos presentes en el curso de la entrevista clínica.

b. Escuchar al paciente.

c. Observar en el examen mental emoción-cognición-conducta.

1. Causalidad o etiología

2. Tratamientos

B. Concepto salud-enfermedad Fundamentos de los conceptos normalidad anormalidad, salud-Enfermedad

2.2. Salud

Ausencia de enfermedad

Para la Organización Mundial de la salud, (OMS) la salud es **Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de molestias o enfermedades.**

La comprensión de las enfermedades depende de una descripción clara de los **síntomas**, los que son manifestaciones de los procesos vitales alterados (dolor lumbar-cefalea) relato más subjetivo.

Signos, como inflamación o erupción. Así pues, podría decirse que un signo es una manifestación imposible de fingir ante un médico, mientras que un síntoma subjetivo es algo imposible.

2.3. Enfermedad mental

- Se manifiesta en el comportamiento-pensamiento-emoción de un sujeto.
- Los síntomas o molestias, irrumpen en la vida del sujeto rompiendo un esquema de normalidad o funcionamiento adaptativo. Provoca malestar significativo en el sujeto y/o en los otros, haciéndole sufrir.
- Se presenta un conglomerado de síntomas que antes no estaban.
- Tiene efecto importante en la vida del sujeto.
- Es una ruptura biográfica.
- Experiencia subjetiva desagradable.
- Restringe libertad personal.
- Conjunto organizado y constante de síntomas considerando un síndrome que configura un diagnóstico preciso.
- Tiene curso y pronóstico predecible.
- Son sensibles a tratamientos o intervenciones.

2.4. Elementos a considerar

- Prevalencia: número de personas presentes en la población que presentan el trastorno.
- Incidencia: Cantidad de casos nuevos que se dan en un período específico, por ejemplo: un año.
- Tasa por género: porcentaje del trastorno que se da por sexo.

- Edad: es importante tener el registro identificado de la edad en que aparecieron los primeros síntomas.
- Curso de la enfermedad: patrón o dinámica esperable de la enfermedad (crónico- episódico)
- Aparición de los síntomas: cómo se presentan dichos síntomas de forma aguda o insidiosa.
- Pronóstico.

Las primeras preguntas que surgen en el estudiante son de índole especulativa, en torno a qué es lo que llamaremos sano, normal, enfermo o anormal. Esta reflexión se ha incrementado en estos últimos años debido a la relativización que la norma.

El primer problema que se plantea en la psicopatología como ciencia, es la definición de su propio campo de estudio. En términos generales se asume que es el estudio de la conducta anormal.

Por lo que el primer paso es definir qué se define como anormal. Sobre este aspecto, aún no existe un acuerdo único, ya que siguen coexistiendo múltiples criterios de anormalidad o enfoques, tales como el estadístico, el social, el subjetivo y el biológico. Las razones que albergan dichos enfoques son la propia historia de indeterminación de la psicopatología y la creación de criterios propios que surgieron en los diversos momentos históricos y respectivos contextos socioculturales.

Si bien, sería ideal un solo criterio de anormalidad, lo real es que analizando cada uno de los enfoques, cada uno aporta una visión particular irreemplazable. Por separado, ninguno resulta suficiente para determinar el objetivo de la psicopatología. Así, por dar un ejemplo, el criterio subjetivo sería adecuado para diagnosticar un episodio de trastorno de ansiedad, no así un cuadro de esquizofrenia.

Un punto relevante a considerar para el futuro en el ámbito de la psicopatología, es su faceta positiva, vale decir, enfocarse a la salud, la presencia de bienestar y no sólo a la presencia de normalidad o enfermedad.

Desde la mirada médica existe resistencia a la especulación teórica por lo que desde esa mirada existe poca literatura para definir normalidad. Sin embargo, necesitamos un punto de partida por lo que nos basaremos en el concepto de normalidad en el sentido etimológico que significa dar cumplimiento a la norma.

2.5. Normalidad – Anormalidad

Normalidad significa dar cumplimiento a una norma.

El hombre adquiere su conocimiento sobre lo que es normal y normativo a través de su trato con el mundo de la naturaleza, pero ocurre que él también es naturaleza y tiene que ser capaz de encontrar en sí mismo las medidas o normas a priori.

Conforme con lo anterior, a lo largo de la historia se han establecido los siguientes criterios para entender normalidad.

2.6. Norma ideal

Se considera normal todo aquello que cumple con un cierto modelo que el hombre valora y que se supone tiene que tratar de entender. Sería un estado convencional de perfección que no siempre se puede lograr, sin embargo es la norma a la que se debe aspirar. Debe ser dado por el contexto social del ser humano. Cada persona va a valorar las normas que sigue de acuerdo a su contexto.

2.7. Norma ideal prescriptiva o del deber.

Es la norma del deber, **normal** refiere a aquello que debe ser y desviado o **anormal,** aquello que no es como debe ser. Este deber ser es, en relación a una hipótesis coherente que da cuenta cómo sería un funcionamiento óptimo del sujeto.

Limitaciones de lo planteado:

Plantea un criterio subjetivo, arbitrario y selectivo, como nadie puede alcanzar la norma teórica tan perfecta es un ideal ficticio y seriamos todos anormales, además carece de utilidad clínica ya que no logra discernir sobre quien necesita ayuda.

2.8. Norma ideal natural, constitutiva o funcional

Lo normal está dado de acuerdo con el individuo, en relación con sus fines y actividad.

Esta norma enjuicia el comportamiento en base a las características y a los objetivos de un individuo, y lo consideran normal cuando es adecuado y eficiente. La anormalidad, la desviación y la enfermedad serían una transgresión a estas leyes.

Limitaciones de lo planteado:

Es un criterio de norma subjetivo y arbitrario y proviene de la sobrevaloración de los procesos naturales, no integra el sentido de la limitación, el defecto o la muerte. Por lo que resulta definir qué es natural y qué no lo es.

3. Norma descriptiva o estadística o modal.

Normal es aquello que se observa más a menudo, identificándose la norma con la mayor frecuencia. La diferencia entre normal y anormal es de origen cuantitativo.

El rango medio abarca la psicología normal, los dos extremos corresponden a la psicopatología, anormalidad o desviación, la línea que separa estos dos grupos es antojadiza.

3.1 Limitaciones

a. No necesariamente lo más frecuente es lo más normal, por ejemplo el hecho de presentar muchos estados gripales no significa que es normal.

b. Un comportamiento normal en un contexto temporal o social será más frecuente que en otro.

c. Al no presentarse d manera definida el punto de la curva de frecuencia en la cual el normal pasa a ser anormal, no sirve en la práctica como instrumento normador.

4. La normalidad como juicio subjetivo

- Momento especulativo dedicado a la reflexión, e interpretación objetiva basado en los hechos, siendo descriptiva y cuantificadora.
- Momento operativo que pertenece al orden de los valores y sigue siendo subjetivo en el sentido antropocéntrico.

5. Normalidad como salud

La normalidad se entiende como ausencia de enfermedad; más precisamente, como ausencia de síntomas.

- Normalidad subjetiva

Valorización del propio individuo en cuanto a su estado de salud, desconectándose de la opinión de otros.

- Normalidad como proceso.

La conducta normal definida como resultado final de la interacción de mecanismos y Fuerzas psicológicas y sociológicas que actúan sobre el sujeto durante su Existencia.

- Normalidad como criterio forense

Valoración de la conducta normal en función de una mayor o menor imputabilidad del acto y su responsabilidad.

La conducta normal se enmarca dentro de lo esperado en cuanto no transgreda los derechos de los otros.

Concluyendo, por anormalidad se entiende una falla o una deficiencia en términos estructurales, en cuanto a los criterios de enfermedad en particular, sigue un criterio heterogéneo que responde a la lógica de cada enfermedad. (Scadding J.T., 1972).

6. Dinámica de la inercia mental

Aristóteles dijo "Lo que está dado a los ojos es la intención del alma"

Werner Heisenberg comentó "Einstein me dijo*: El hecho de que usted pueda observar una cosa o no, depende de la teoría que usted use, es la teoría la que decide lo que puede ser observado*".

Emmanuel Kant planteó " Hasta nuestros días se ha admitido que todos nuestros conocimientos deben regularse por los objetos…sucede aquí lo que con el primer pensamiento de Copérnico, que no pudiendo explicarse bien los movimientos del cielo, si no sería mejor suponer que era el espectador el que tornaba y los astros los que se hallaban inmóviles. Puédase hacer con la metafísica un ensayo semejante, en lo que toca a la intuición de los objetos. Si la intuición debe regalarse por la naturaleza de los objetos, yo no comprendo entonces cómo puede saberse algo de ellos *a priori*, pero réglese el objeto (como objeto de los sentidos) por la naturaleza de nuestra facultad intuitiva, y entonces podré representarme perfectamente esa posibilidad.

Albert Einstein Planteó: Lo más valioso de Kant es esto**:" La realidad nos es dada como enigma y tarea".**

Debemos tomar conciencia de que todo entrenamiento constituye siempre, e ineludiblemente una cierta incapacidad entrenada, es decir, que cuando más aprendemos cómo hacer algo de una determinada manera, más difícil nos resulta después aprender a hacerlo de otra; debido a ello, la función de la experiencia puede ser tanto un estímulo como un freno para la verdadera innovación y creatividad. Poincaré, por ejemplo, conocía todos los elementos para estructurar la teoría de la

relatividad, es más, muchos de esos elementos fueron descubiertos por él mismo; sin embargo, siendo ya mayor, manifestó que le resultaba “más fácil y más cómodo “seguir pensando con el paradigma físico newtoniano.

De una manera particular, las rutinas mentales que automatizan la vida y anulan el pensamiento, están en abierta contradicción con los estudios avanzados.

La epistemología actual nos hace ver que persisten en la ciencia tradicional muchas actitudes y procedimientos que rigurosamente hablando, sólo podemos ubicar en el terreno de los hábitos mentales. Así se deben calificar, en las ciencias humanas, las explicaciones causales lineales cuando se les otorga un valor absoluto.

6.1 Manifestaciones de la inercia mental

Pensar con nuevas categorías. Por esto, los estados mentales oponen gran resistencia al cambio, buscan su auto preservación, son muy duraderos a través del tiempo y cambian muy lentamente. En otras palabras constituyen auténticas “disposiciones cognoscitivas”. Esto se comprueba a lo largo de la historia de la ciencia, la cual está llena de inventos y descubrimientos “tontos “que a nadie se le habían ocurrido antes, porque en sus mentes no había nada con qué relacionarlos.

Como, por otra parte, es llamativo el hecho de que cuando Cristóbal Colón puso su primer pie en el Nuevo Continente, no hubiera en todo él una sola rueda; que los incas, aztecas y mayas, tan avanzados en otros campos, no hubieran descubierto un medio tan inmensamente útil y, aparentemente, tan simple.

Superación de la inercia mental

Pensar es la suprema función del hombre, y a través de este ejercicio resuelve los problemas que la vida plantea. Pero para que la mente trabaje en forma eficiente, necesita una dosis de intenso aprendizaje, que se concreta en el uso de claro y preciso de los términos y el lenguaje en general, y una notable libertad interior y osadía personal (Martínez, 1997, p 43).

CONCLUSIÓN

A lo largo de estos párrafos, se han mostrado por una parte definiciones de psicopatología, tenemos que es una ciencia que estudia las dolencias del alma, opera como fundamentación científica de la psiquiatría, por lo que busca precisar y delimitar conceptos generales con validez universal en el campo de la patología psíquica.

Basa su interés en el hecho psiquiátrico entendido en un sentido amplio: Síntoma, personalidad, conducta, patológica, estructura familiar, mundo social, etc., aplicando una mirada biopsicosocial (desde lo biológico a lo social).

Importante recordar los conceptos salud-enfermedad fundamentos de los conceptos normalidad - anormalidad, salud-enfermedad.

Salud ausencia de enfermedad, o también ausencia de síntomas
Así como el funcionamiento mental es complejo, para definir diagnósticos se requiere que el observador cuente con los conocimientos adecuados, actualizados y situados en un contexto histórico y social.

BIBLIOGRAFÍA

Referencias

Vía Definición ABC http://www.definicionabc.com/salud/psicopatologia.php
Obtenido el 5 de octubre 2016

http://www.studentconsult.es/bookportal/introduccion-psicopatologia-psiquiatria/vallejo/obra/9788445820346/500/772.html Obtenido el 4 de Octubre 2016

Capponi, R. (1987). Psicopatología y semiología psiquiátrica. Santiago: Universitaria.

Miguel Martínez M. (1997) *El paradigma emergente: hacia una nueva teoría de la racionalidad científica.* México , Editorial Trillas.

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

Neurofisiología y psicopatología

UNIDAD Nº II

Enfoques psicopatológicos y trastornos

WWW.IPLACEX.CL

Introducción

Esta semana haremos un recorrido más profundo en los temas psicopatològicos, dada su complejidad. La semiología psiquiátrica aborda los conceptos que implica la psicopatología. La importancia de la primera entrevista, el encuadre de la relación terapéutica. La persona del terapeuta tiene una gran labor, elaborar un vínculo terapéutico con la persona que consulta o requiere terapia.

Importancia de un buen diagnóstico, las ventajas y desventajas de una clasificación diagnóstica. Podría ser que al hacer un recorrido por los siguientes conocimientos pueda confundir. Sin embargo, existen parámetros que guían. Como mencionamos anteriormente existe el diagnóstico multiaxial, veremos más adelante el encuadre terapéutico o rapport.

Dependiendo del enfoque o la disciplina terapéutica, existirán varios tipos de entrevista, cada persona será capaz de elegir el tipo de enfoque que le haga más sentido o con el que se sienta más cómodo.

En la actualidad las personas viven inmersas en una sociedad exigente en el aspecto laboral, rápido, tecnológico. Se observa baja tolerancia a la frustración, podría ser que el sentimiento de pena u otro no placentero se asocie a una depresión u otra psicopatología, de ahí la importancia y la delicada labor de diagnosticar.

Ideas Fuerza

1. Psiquiatría
2. Importancia de la entrevista psiquiátrica.
3. Tipos de entrevista.
4. Diagnóstico.
5. Ventajas y desventajas de la clasificación.

1. Psicopatología y semiología psiquiátrica

La psicopatología tiene como objetivo definir limites universalmente comprensibles, a diferencia de la psiquiatría que lo ve de modo individual.

La realidad clínica, en psiquiatría, adopta fisonomías versátiles según la dirección de las interrogantes con las que se le cuestiona. Esta peculiaridad de lo psíquico, que probablemente sea extensible a otros modos de realidad, es el principal agente de confusión entre el modelo médico tradicional y la mirada psicológica que en lo fundamental es de causalidad lineal. Es ineludible la mirada bio-psico-social.

No siempre es fácil resistir la necesidad de lo explicativo, que significa tanto reducir la angustia ante lo conocido, en contraste con liberar la imaginación. Sin embargo, según investigaciones queda claro que evitar lo explicativo, no inferir nada ante lo evidente, es una etapa rigurosa en la formación psiquiátrica, y que una vez adquirida la habilidad de observar y describir rigurosamente, sería mutilador para el pensar psiquiátrico detenerse en tal discusión.

Actualmente se consideran las vivencias como un eje de la clasificación, buscando de este modo, una manera de acercarse al ser humano. En la sintomatología psíquica corresponderán las alteraciones del vivenciar, las que adquieren su nombre propio y constituye la psicopatología, y su semiología se hará a través del propio método fenomenológico.

¿Por qué explicar la semiología entre psicopatología y psiquiatría?, porque la psiquiatría guarda analogías que facilitan su comprensión, dada la complejidad de la materia en estudio.

El psiquiatra al hacer análisis psicopatológico, extrae una serie de hechos psicopatológicos como tristeza, decaimiento, anorexia, pesimismo, desesperanza, etc.

En seguida con otros antecedentes y exámenes se intenta un diagnóstico nosológico, como depresión mayor monopolar, bipolar, distimia, depresión, etc. Lo mismo busca lograr un psiquiatra cuando intenta evaluar psicopatológicamente la estructura y organización dinámica de un sujeto en su expresión más estable y que en definitiva cualifica las vivencias.

Por otra parte sería útil mencionar que en el quehacer psicológico existen directrices similares al momento de evaluar a un individuo, como son la elaboración de una entrevista , observación de la actitud del individuo frente a la entrevista, apariencia , preocupación por su apariencia , buena anamnesis, que corresponde a la realización del historial del individuo desde su nacimiento, lenguaje corporal, etc.
La psiquiatría se distingue de la psicología, porque tiene por objeto no la variación del comportamiento en relación a la historia personal, a los eventos, al ambiente, sino a las modificaciones del ser que le impiden se lleve a cabo esta conducta plástica(Henry Ey, 1935); Psiquiatra Organodinamista.

A modo de conclusión la psicopatología requiere de un observador que logre identificar el o los elementos que le causan malestar a un individuo utilizando las diversas herramientas que entrega la literatura , la experiencia, el conocimiento, la práctica, etc. En muchos casos los observadores se pueden encontrar con la resistencia del individuo, lo que dificulta lograr un diagnóstico.

2. Psiquiatría

.La psiquiatría se entiende como una rama de la medicina que se ocupa en estudiar trastornos psíquicos, entendiendo como tales las enfermedades psiquiátricas.
Se ocupa del estudio, descripción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psiquiátricos.
La psiquiatría se basa en cada caso de manera individual, evitando generalizaciones.
Se centra en el hombre enfermo indivisible por definición y accesible a través de un enfoque holístico.
.

2.1 Enfoques

1. Descripción clínica
2. Causalidad o etiología
3. Tratamiento

Descripción clínica

A. Consiste en la posibilidad de **observar** y describir elementos presentes en el curso de una entrevista clínica.
B. Escuchar al paciente
C. Observar en el examen mental emoción-cognición-conducta

Enfermedad mental

- Ruptura biográfica
- Experiencia subjetiva desagradable
- Restringe la libertad personal
- Conjunto organizado y constante de síntomas considerando un síndrome que configura un diagnóstico preciso.
- Tiene curso y pronóstico predecible
- Son sensibles a tratamientos o intervenciones

Trastornos Psiquiátricos, los veremos más adelante:

A. Trastornos neuróticos
B. Trastornos psicóticos
C. Trastornos de personalidad

3. Entrevista

Independiente del estilo de cada profesional, el objetivo de la primera entrevista es establecer rapport con el paciente, a fin de generar un ambiente de confianza y una próxima visita.
La primera entrevista tiene como objetivo principal generar contacto terapéutico, es decir, establecer el rapport.

Rapport terapéutico es el entendimiento compartido y empático de las diferentes perspectivas desde las que uno mismo y la otra persona abordan un problema que debe ser solucionado por ambos. Es un marco de relaciones en las que se establece un entendimiento mutuo entre varios agentes con el objetivo de abordar una problemática de manera colaborativa.

Componentes del rapport

1. Coordinación: consiste en adaptarse al ritmo de la otra persona tanto gestualmente, oralmente y sobretodo, emocionalmente.
2. Reciprocidad: mostrar reciprocidad consiste en encontrar maneras de corresponder los aportes de la otra persona, sean acciones u oraciones. En la consulta psicológica la reciprocidad se plasma a través de la escucha activa.
   Este componente del rapport varía según la naturaleza del trabajo.
3. Lugares comunes: este factor hace referencia a la necesidad de centrar el foco de los mensajes y las acciones hacia temas que sean de interés para todas las personas implicadas.

Pautas para crear rapport.

1. Ser conscientes de la importancia de la primera impresión.El presentarse de un modo adecuado generando confianza. Por ejemplo un apretón de manos es significativo para que algunos pacientes se vuelvan significativamente màs receptivos.
2. Establecer una relación entre el lenguaje no verbal y el verbal, Generar rapport es en gran parte reducir al mínimo las posibles distorsiones en la interpretación de las expresiones del otro.
3. Formular enunciados sin ambigüedades, de modo accesible y claro, sin espacios que puedan dar pie a dobles sentidos ni frases inacabadas.
4. Poner a prueba la calidad del rapport, por ejemplo modificar el ritmo del habla para ver si esta iniciativa es imitada.
5. Realizar autocrítica frecuentemente, para poder visualizar què dinámicas funcionan y cuàles no al momento de establecer una relación terapéutica.

Primera entrevista: 2 o 3 sesiones, para recolectar información extensa del paciente y orientar un diagnóstico, pronóstico y tratamiento adecuado para el paciente y disminuir, así, el sufrimiento que trae.

Consta de un setting (se establece el día, hora y lugar de la entrevista) y de una apertura, transcurso y cierre.

Apertura de la entrevista: se debe considerar la primera impresión y observar los detalles: con quién acude el paciente, su apariencia, cómo saluda, cómo se ubica en la silla, etc.

Momento para recoger información importante.

Transcurso de la entrevista: mantener toda la atención para recoger información importante.

Clarificar datos que no queden claros.

Profundizar temas que creemos relevantes.

Cierre de la entrevista: antes del cierre tener cierta claridad en los contenidos.

Evaluar si existe riesgo suicida.

Tener alguna orientación en cuanto al posible diagnóstico.

Si la entrevista la realiza un psicólogo, tener claro si existe la necesidad o urgencia de derivar a un psiquiatra.

Devolver información acerca de lo que “entendimos” nos narró el paciente; reflejar algunas emociones y plantear la necesidad de otra sesión.

Si la entrevista la realiza un psiquiatra, al final extenderá la receta de fármacos necesarios para el paciente.
Algunas técnicas de entrevista consisten en aclarar e insistir en una mayor precisión en las respuestas vagas. Usar una mezcla de preguntas abiertas y cerradas; no tener miedo a preguntar temas difíciles; dar al paciente la posibilidad de resolver dudas al final de la sesión.

3.1 Modelos de entrevistas

- **Modelo médico**

  Las entrevistas suelen ser semidirigidas, tratando de encausar la narración del paciente, pero permitiéndole tomar temas de manera espontánea.

- **Modelo psicoanalítico**

  El clínico trata de mantenerse en una posición algo neutra para que el paciente movilice su mundo interno y trabaje en asociación libre.

- **Modelo conductual**

  Se trabaja definiendo las conductas problemáticas del sujeto y cuáles son los determinantes de la misma.

  Criterios de clasificación (fundamentos de una teoría del conocer en psicopatología, sistemas actuales, diferencias, necesidad de diagnosticar, etc.)

  En el contexto de la psiquiatría, en general, se establecen criterios para determinar el concepto de salud-enfermedad.

  En general, la psiquiatría va a separar tres grupos de trastornos: los trastornos psicóticos, trastornos psíquicos no psicóticos y los trastornos de personalidad.

  La naturaleza, origen, curso y tratamiento de las enfermedades son distintos. Por eso, es importante distinguir en qué espectro se encuentran las dolencias del sujeto.

4. Esquema de historia clínica

1. Identificación

- Nombre
- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad
- Profesión
- Ocupación
- Atendido por

2. Anamnesis

- Informantes
- Motivo de consulta
- Enfermedad actual

A. Enfermedad actual

- Factores desencadenantes

B. Historia personal

- Prenatal
- Desarrollo precoz
- Problemas neuropsiqiuiátricos de la niñez
- Juegos
- Educación
- Actitudes

C. Historia familiar

- Padre
- Madre
- Hermanos
- Atmósfera o influencia del hogar
- Ocupaciones
- Historia menstrual
- Historia sexual
- Historia matrimonial
- Hijos
- Situación social actual
- Hábitos
- Historia mórbida

D. Personalidad premórbida
- Relaciones sociales
- Actitud intellectual
- Animo
- Energía
- Hábitos

4.1 Esquema de examen mental

1. Observaciones del examinador

1.1. Apariencia y conducta

- Modo de vestir
- Postura
- Expresión
- Actividad motora

1.2. Lenguaje

- Calidad
- Cantidad
- Organización

2. Evaluación subjetiva del paciente

3. Contenidos del pensamiento

3.1. Formas especiales de pensar

3.2. Preocupación somática

3.3. Sintomatología que afecta la percepción

4, Examen de las funciones cognitivas

- Orientación
- Atención y concentración
- Memoria
- Información
- Vocabulario
- Capacidad de abstracción
- Percepción y coordinación

5 Derivación

- Exámenes de laboratorio
- Psicodiagnóstico

Las enfermedades mentales tienen cierta repercusión en el sujeto:

1. Traen consigo una ruptura biográfica. Se puede distinguir un antes y después de la enfermedad. Luego del tratamiento y dependiendo de la enfermedad, el sujeto vuelve a recuperar su estado de salud inicial (excepto en la esquizofrenia, donde hay un quiebre psíquico).

2. La enfermedad genera molestia, malestar importante en el sujeto y en sus cercanos (excepto en las manías, en las cuales el paciente se siente estupendo).

3. Se presenta en un conjunto organizado y constante de síntomas, que pueden ser reconocidos por el clínico.

4. Tiene una presentación, curso y pronóstico predecible.

5. Objetivos de la clasificación en psiquiatría

1. Realizar un diagnóstico psiquiátrico

   Por una parte, permite identificar el trastorno, para así tener un pronóstico y evolución de la enfermedad, además de manejar las alternativas terapéuticas adecuadas.

   Por otra parte, permite al sujeto que consulta entender lo que le ocurre, nombrar su dolencia y, por supuesto, ser activo en su proceso terapéutico.

2. realizar diagnósticos diferenciales.

   Es decir, permite diferenciar claramente entre dos diagnósticos que merecen duda.

3. Uso de un lenguaje común

   Ofrece un lenguaje universal, todos los profesionales de la salud nivel mundial saben de lo que hablan. Pueden comunicarse efectivamente y se abren canales de comunicación.

4. Permite exploración científica y comunicación intercultural.

Comienzan a existir canales de comunicación científica, apertura a estudios, simposios y avances.

6. Desventajas de los sistemas de clasificación

1. Se puede incurrir en la etiquetación del paciente, es decir, ponerle el rótulo de enfermo.

   Este proceso puede ocurrir de dos formas, por parte del profesional, donde podemos olvidar el nombre del paciente y llamarlo ansioso, depresivo, esquizofrénico, o el obsesivo. Ello claramente podría limitarnos y dañar el proceso terapéutico.
   O puede ocurrir que el paciente se justifique o auto rotule como enfermo, perpetuando una condición transitoria. Esto ocurre, sobre todo, cuando existe un trastorno de personalidad a la base y cuando la enfermedad trae consigo ganancia secundaria como ausentismo laboral u otros.

2. Puede generar un sobre diagnóstico por parte de profesionales no ligados a la salud mental.

   Este tema es bastante común, cuando llegan a la consulta del psicólogo, pacientes que están siendo tratados por gastroenterólogo, pediatra, ginecólogo y que está tomando medicamento para la depresión o la ansiedad.

Diagnóstico multiaxial

Eje I : Trastorno psiquiatrico

Eje II: Trastorno personalidad
Retardo mental
Eje III: Enfermedad medica

Eje IV: Factores gatillantes

Eje V: Funcionamiento global del sujeto

7. Epidemiología psiquiátrica

• Los trastornos mentales son altamente frecuentes: un 27% de la población padecerá alguno de ellos en algún momento de su vida.
• La depresión mayor es el trastorno que causa mayor impacto en la salud de la población en los países desarrollados.
• Una de cada 20 personas en España padecerá una depresión mayor en un año determinado, y una de cada 10 en algún momento de su vida.
• Los trastornos depresivos y de ansiedad son doblemente frecuentes en mujeres que en hombres.
• Los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas (alcohol y otras drogas) son mucho más frecuentes en hombres que en mujeres.
• La prevalencia de psicosis no afectivas es de alrededor de un 1%.

Estadística y psiquiatría

• La estadística es una forma de razonamiento para conceptualizar la realidad. Se trata de una herramienta integrada en un proceso de investigación y planificada desde su inicio.

• En psiquiatría nunca se puede estudiar a todos los sujetos (población) ni todos los factores intervinientes y, además, las medidas, basadas fundamentalmente en juicios clínicos o valoraciones hechas por el propio paciente, se hallan sujetas a error. Para resolver este problema, el método estadístico se remite siempre a un modelo matemático que considera tanto las variaciones debidas a los efectos que se están estudiando como las consecutivas a otros no controlados.

8. **Métodos paraclínicos de diagnóstico en psiquiatría, métodos de exploración psicológica**

Los instrumentos de exploración psicológica resultan útiles para ayudar a establecer un diagnóstico, para ofrecer información sobre las características y recursos del paciente y para evaluar la eficacia del tratamiento escogido. Asimismo, muchos de ellos se utilizan en el campo de la investigación clínica o en el de los recursos humanos.
Estos instrumentos tienen valor exploratorio, por lo que el clínico deberá utilizarlos únicamente como un método de evaluación complementaria a su impresión diagnóstica. Por consiguiente, no es posible realizar un diagnóstico basándose sólo en ellos. Los profesionales de la salud mental deben poder llevar a cabo una orientación diagnóstica después de la entrevista inicial, y únicamente entonces el profesional podrá

decidir, en consecuencia, si necesita o no realizar alguna exploración complementaria, de qué tipo y con qué finalidad.

Es necesario establecer un buen grado de comunicación con el paciente, explicarle la finalidad de la evaluación, las instrucciones de los instrumentos que tienen que utilizarse, la importancia de que comprenda bien las preguntas y de su sinceridad, así como garantizarle la confidencialidad de todo el proceso. Asimismo, el profesional debe tener en cuenta las consideraciones y limitaciones éticas, especialmente a la hora de evaluar o investigar a pacientes muy vulnerables.

Las técnicas de evaluación usadas en psicología comprenden todos los procedimientos que se utilizan tanto en condiciones de laboratorio como en el ambiente natural. En este capítulo se pretende exponer una muestra, lo más representativa posible, de los principales instrumentos psicológicos utilizados en psicología clínica y en psiquiatría, sea cual sea el modelo teórico del que partan, por lo que se hará referencia a técnicas psicométricas, técnicas proyectivas, técnicas de evaluación conductual, cuestionarios, inventarios, etc. Asimismo, se hace una breve descripción de los instrumentos más significativos.

9. Métodos paraclínicos de diagnóstico en psiquiatría, tests neuropsicológicos

La evaluación neuropsicológica en psiquiatría supone relacionar los resultados obtenidos mediante tests con los datos clínicos y los conocimientos fisiopatológicos específicos de cada enfermedad.

La exploración neuropsicológica implica la evaluación de distintos dominios cognitivos de los cuales se conoce su sustrato cerebral.

La evaluación clínica requiere estandarización de los tests neuropsicológicos, pero ésta no es necesaria para la investigación de los correlatos neuroanatómicos y neurofuncionales en una determinada patología.

El mayor problema en la evaluación de los efectos de los psicofármacos en las funciones cognitivas es el efecto retest, o efecto práctica, que es especialmente notorio en los tests de memoria y funciones frontales.

El uso de las baterías neuropsicológicas breves es de gran utilidad para la práctica clínica cotidiana, pero es insuficiente para orientar terapias cognitivas, detectar los efectos de las distintas terapias u orientar académica o profesionalmente a los pacientes.

10. Exploración psiquiátrica

La exploración psicopatológica es un ejercicio de valoración y síntesis transversal del comportamiento verbal y no verbal de un paciente, incluyendo su nivel cognoscitivo y de vigilia, su orientación temporoespacial, la memoria, la percepción, el pensamiento, la afectividad y las manifestaciones somáticas psicopatológicas.

Para el desarrollo de una buena entrevista deben incluirse cuatro ingredientes fundamentales: empatía, calidez, respeto y concreción.

Generalmente es necesario combinar los dos tipos clásicos de entrevista: la directiva, en la que el médico lleva la iniciativa formal del interrogatorio y pregunta directamente los datos al paciente, quien se limita a dar la información requerida, y la no directiva, en la que el médico apenas interroga y deja que el relato espontáneo del paciente vaya configurando la entrevista.

La anamnesis incluye los datos de filiación, el motivo de consulta y los antecedentes personales y familiares.

11. Clasificaciones en psiquiatría

Una clasificación es una manera de intentar sistematizar el conocimiento que existe sobre una área determinada.

Los objetivos de un sistema de clasificación son facilitar la comunicación, suministrar una base para obtener información, aportar información descriptiva sobre las entidades estudiadas, realizar predicciones y formular teorías.

Los dos sistemas diagnósticos más importantes actualmente son la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10), auspiciada por la Organización Mundial de la Salud, y el sistema Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders en su 4.ª edición de texto revisado (DSM-IV-TR) promovido por la American Psychiatric Association.

La clasificación multiaxial permite la codificación de otros factores que influyen en el trastorno mental y que pueden ser objeto de atención clínica.

CONCLUSIÓN

Es de vital importancia realizar una buena entrevista del sujeto y de su historia familiar tanto en psiquiatría como en psicología.Al momento de realizar preguntas, hay que indagar y no dar nada por sentado ya que el individuo no está consciente de lo que proyecta. Hay casos en los que lo que el sujeta plantea no concuerda con su apariencia o su actitud.
El formular un diagnóstico tiene consecuencias positivas como negativas por lo mismo es importante utilizar un buen y minucioso criterio como observador.

Las enfermedades mentales obedecen a los conceptos de enfermedad y anormalidad, las que responden a un contexto en el cual se se presentan.

El encuadre de la entrevista psiquiátrica es fundamental para poder generar un sistema de trabajo con el individuo.

La finalidad de los contenidos vistos es obtener conocimientos para identificar anomalías o anormalidades dentro de un contexto social.

Referencias

Via Definicion ABC http://www.definicionabc.com/salud/psicopatologia.php
Obtenido el 5 de octubre 2016

Ricardo Capponi M. (1987), *Psicopatología y semiología psiquiátrica*
http://www.studentconsult.es/bookportal/introduccion-psicopatologia-psiquiatria/vallejo/obra/9788445820346/500/772.html
Obtenido el 5 de Octubre de 2016

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I.,... & Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y Factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Medicina clínica, 126(12), 445-451.

http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/CIENCIASPSICOSOC/2013-14/Fisiot-T3-Entrevista.pdf Obtenido el 22 de Octubre de 2016

Casella, S.M. (2015). Therapeutic rapport: The forgotten intervention. Jornal of emergency nursing, 41(3), pp.252-154

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

Neurofisiología y psicopatología

UNIDAD Nº II

Enfoques Psicopatológicos y trastornos

WWW.IPLACEX.CL

Introducción

La psicopatología posee varios enfoques los que encuadran la mirada del individuo, la elaboración del diagnóstico y por ende el tratamiento a seguir. En las siguientes líneas se hará un recorrido por cada uno de ellos, con la finalidad de tener una visión global y estar mejor preparados, con mejores y mayores herramientas como profesionales. No obstante se sugiere una decidida adquisición de información ya que al igual que en el ámbito de la tecnología, los tiempos modernos tienen exigencias sociales diferentes y puede que también sean desconocidas o poco comunes por lo que es necesario estar informados de la actualidad en psicopatología, psiquiatría y psicología. De hecho el concepto biopsicosocial, el transpersonal, la mirada holística, los tratamientos alternativos etc., son desarrollados en los últimos años.

Es importante conocer el contexto social en el que nos desenvolvemos, pues el contexto laboral presenta en la actualidad un agente causal de muchas dolencias en los individuos, la contaminación acústica, la sobrepoblación, el desarrollo de las redes sociales, entre otros.

Ideas Fuerza

1. Enfoques
2. Trastornos
3. Clusters
4. Kernberg
5. DSM IV

Desarrollo

Como ya se ha mencionado, la psicopatología es la disciplina que analiza las motivaciones y particularidades de las enfermedades de carácter mental. Para tener un criterio más amplio al momento de hablar de psicopatología es necesario conocer los diversos enfoques o modelos, entre los cuales pueden citarse el biomédico, el cognitivo y el conductual, los que se estudiarán a continuación.

1. Enfoques psicopatológicos

1.1 Modelo Biomédico (Biológico) La perspectiva biomédica aborda los trastornos mentales como cualquier otra clase de **enfermedad**, al considerar que las alteraciones psicopatológicas son generadas por anormalidades biológicas subyacentes (genéticas, bioquímicas o neurológicas). Por lo tanto, el tratamiento debe estar enfocado a la corrección de dichas anormalidades de raíz orgánica.

En este sentido, se puede afirmar que un **comportamiento anormal** es una enfermedad surgida por el funcionamiento patológico de alguna parte del organismo. Estos se hallan relacionados con alteraciones en la porción cerebral, las cuales pueden ser **anatómicas** (el tamaño o la forma de ciertas regiones cerebrales no están dentro de los cánones normales) o **bioquímicas** (cuando los elementos bioquímicos que contribuyen al funcionamiento neuronal poseen su función alterada).
La psicopatología entiende que los **trastornos mentales orgánicos** son aquellos que poseen causas físicas evidentes, como ocurre con el Alzheimer, mientras que los trastornos mentales funcionales nuclean a los patrones de conducta anormales que no ofrecen indicios concretos de alteraciones orgánicas en el cerebro.

En el caso de las psicopatologías o trastornos psicopatológicos que se desarrollan durante la infancia, niñez o adolescencia de un individuo podemos establecer que existen varias tipologías entre las que se encuentra el retraso mental, los trastornos de la comunicación (fonológicos, tartamudeo…), los trastornos generalizados del desarrollo, trastornos del aprendizaje, trastornos por tics o trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria.

En el caso de los trastornos del desarrollo, cabe destacar que dentro de dicha definición se incluyen aquellos, que el individuo en cuestión sufra de una incapacitación a distintos niveles. Dentro de esta categoría destaca, por ejemplo, el trastorno autista

que comienza en la infancia y que se traduce en una serie de incapacidades en lo que es el área psicológica y también en el conductual.
Los cinco sentidos se ven afectados por anomalías en las personas autistas que además se caracterizan por ser callados, apenas ríen, tienen limitaciones en materia de lenguaje y comunicación y a nivel físico cuentan con una serie de deficiencias en la lateralización.

Asimismo, dentro de los trastornos psicopatológicos del desarrollo se encuentra también el conocido trastorno de Rett que se da en el género femenino y se asemeja al autismo en cierta medida. Un retraso mental, así como la coordinación motriz son las dos señas de identidad de los pacientes de este síndrome que supone, aquellos cuenten con una severa discapacidad en muchos sentidos.

1.2 Modelo Conductual

Este surgió a comienzo de los sesenta como una reacción frente a las carencias del modelo médico (biológico), a los planteamientos especulativos, intuitivos y subjetivos de la época. También como aplicación de la psicología experimental al campo del comportamiento normal-anormal.

Sus planteamientos se fundamentan en la objetividad y el aprendizaje del trastorno del comportamiento. Contempla los problemas psicopatológicos como conductas des adaptativas aprendidas a través de la historia del individuo tomando relevancia la influencia del medio ambiente.

En éste sentido rechaza el concepto de enfermedad, por considerar que puede ser apropiado para las enfermedades de índole físico, no se ajusta a los problemas de las conductas. Si bien este enfoque es rechazado y criticado porque se le plantea como excesivamente reduccionista al plantear estímulos versus respuesta, sin embargo, también entiende el aprendizaje en términos del procesamiento más complejo y realista sobre la conducta anormal, ya que entienden el aprendizaje en términos del procesamiento de la información y no únicamente en términos de relaciones de contigüidad entre los estímulos y sus respuestas.

Por tanto, se incluyen las variables cognitivas como elementos metodológicos y conceptuales del aprendizaje implicado en el desarrollo de la conducta anormal. Este modelo cumple con requisitos correspondientes a una teoría científica, sus Hipótesis han sido probadas experimentalmente, y como tal, este enfoque ha sido útil para

explicar y predecir eficazmente la conducta desadaptada. Es muy importante dejar claro que es de suma relevancia explicar la interacción que existe entre factores psicológicos, sociales, culturales, ambientales, etc. en vez de centrarse solamente en variables biológicas.

1.3 Psicopatología cognitiva

Enfoque más reciente que los anteriores, las fuentes de la psicología cognitiva son más heterogéneas y dispersas que las de la psicología conductual. A continuación, se mencionarán las fuentes que influyen en la psicopatología cognitiva.

- Teoría del procesamiento de la información, se trata de estudiar los fenómenos mentales a partir de procedimientos externos de simulación.
- Psicología de la Gestalt y psicología social cognitiva, conceptos básicos como los de atribución, expectativas, valores, creencias, etc., se desarrollan a partir de dichos movimientos teóricos.
- Psicología de la personalidad, ejemplo, teoría sobre los constructos personales de Kelly.
- Psicología de las emociones (Schachter y otros)
- Manual de psicopatología, Edt. McGhill, volumen 1 Uned

2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD SEGÚN KERNBERG

Otto Kernberg, famoso psiquiatra de origen chileno alemán radicado actualmente en Estados Unidos, es autor de importantes aportes al desarrollo de la psicoterapia de orientación psicoanalítica y psicoanálisis mundial. Dentro de sus contribuciones figura su propuesta de clasificación de trastornos de personalidad, la que constituye un sistema de clasificación que integra tanto criterios dimensionales como categoriales, yendo más allá de la simple descripción conductual, otorgando mayor comprensión a las implicancias del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de estos trastornos. Además de este aporte, Kernberg propone un instrumento de utilidad práctica para el diagnóstico de los trastornos de personalidad, complementario a su clasificación: la entrevista estructural.

Expondremos en forma breve la propuesta de clasificación de trastorno de personalidad de Kernberg. Primero se presentarán conceptos teóricos básicos sobre la personalidad, y sobre las características dimensionales y categoriales del sistema de

clasificación; se continuará con los tipos de estructura de personalidad propuestos por Kernberg y los criterios de clasificación y evaluación clínica: identidad del yo, juicio de realidad y mecanismos de defensa avanzados v/s primitivos. Para finalmente integrar la caracterización de los trastornos de personalidad como entidades nosográficas separadas en las estructuras de personalidad.

2.1 CONSIDERACIONES PREVIAS

Para comprender mejor la clasificación de los trastornos de personalidad propuestos por Kernberg se deben considerar lo que él entiende por Temperamento, Carácter y Personalidad.

1) **Temperamento:** Disposición innata a reaccionar de forma particular a los estímulos ambientales, determinada genéticamente. Especifica la intensidad, ritmo y umbral de las respuestas emocionales. El aspecto temperamental más importante para la clasificación de los trastornos de Kernberg es la Introversión / Extroversión

2) **Carácter:** Organización dinámica de los patrones conductuales del individuo; manifestación conductual de la identidad del yo, determinada por la integración del concepto de sí mismo y de los otros significativos

3) **Personalidad:** Integración dinámica de los patrones conductuales derivados del temperamento, carácter y los sistemas de valores internalizados (súper yo). A la estructura de personalidad de un individuo subyacen dos precondiciones: Estructurales y Dinámicas.

    a. **Precondiciones estructurales:** grado en que se hayan integrado y internalizado, a través de las relaciones tempranas, el sí mismo y las relaciones objetales;(Las estructuras psíquicas se originan al internalizar las experiencias de relación con los objetos) llegando en el caso de la personalidad normal (y neurótica) a la constancia objetal, objetos internalizados totales

b. **Precondiciones dinámicas:** se refiere a la organización de los impulsos (libido y agresión) que se van activando en las relaciones objetales tempranas. En la estructura de personalidad normal se da una integración de la agresión y la libido bajo la dominancia de los impulsos libidinales.

Otro aspecto importante a considerar es que Kernberg propone una clasificación de los trastornos de personalidad que combina criterios dimensionales de clasificación (diferencias cuantitativas dentro de dimensiones generales: Identidad del yo, prueba de realidad, mecanismos defensivos) y categoriales (diferencias cualitativas entre los tipos de trastorno de personalidad dentro de un grado dimensional). Esto significa: dentro de las dimensiones se pueden describir diferentes tipos de personalidad según se alejen o acerquen a los polos de las dimensiones. Sin embargo también se pueden diferenciar, dentro de una misma dimensión, un tipo de personalidad de otro por características que lo hacen claramente diferentes y por qué la cantidad hace también que una entidad nosográfica se pueda distinguir de otra, configurándose en un tipo de personalidad distinta (cantidad se transforma en calidad, en un continuo discontinuo) (Gomberoff, 1999).

3. CLASIFICACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS DE PERSONALIDAD

De acuerdo a los planteamientos de Kernberg, se distinguirían diferentes estructuras de personalidad en un continuo de gravedad (Kernberg, 198?, 199?; Gomberoff, 1999):

- Estructura de personalidad normal: donde no se encuentran trastornos de personalidad
- Estructura de personalidad de tipo neurótico: donde se encuentran los trastornos de personalidad menos graves
- Estructura de personalidad de tipo limítrofe: donde se ubican los trastornos de personalidad más severos; dividida a su vez en limítrofe superior y bajo
- Estructura de personalidad de tipo psicótico: que es un criterio de exclusión para los trastornos de personalidad.

3.1 Criterios de clasificación y evaluación clínica:

La clasificación de estructuras de personalidad de Kernberg se basa en tres criterios básicos (Kernberg, 198?; Gomberoff, 1999):

A continuación se explicará cada uno de ellos y se incluirá las preguntas propuestas por Kernberg en su entrevista estructural para explorarlos, además se presentarán los indicadores en la respuesta de los pacientes que señalan la presencia o ausencia de dichos criterios.

1) **IDENTIDAD DEL YO**:

Incluye dos puntos esenciales concepto integrado (aspectos positivos y negativos) de sí mismo a través del tiempo y en distintas situaciones, el concepto integrado de las personas importantes o significativas en la vida del sujeto. La identidad del yo está presente sólo en las estructuras neuróticas, por lo tanto es un criterio diferenciador con las estructuras limítrofes y psicóticas. La evaluación clínica de este criterio no se debe realizar en personas que presenten cuadros psicóticos y/u orgánicos (Kernberg, 198?; Gomberoff, 1999).

Para explorar la integración del sí mismo a través del tiempo y en distintas situaciones las preguntas que se hacen son: **ahora que me ha contado por qué vino y cuáles son sus problemas, me gustaría que se describiera a sí mismo en unas pocas palabras ¿cuáles son las cosas que lo diferencian a usted de las demás personas?** Se espera que una persona normal o con estructura neurótica pueda dar una descripción donde se integren aspectos negativos y positivos, identificar sus características estables sin desconocer que en ciertas circunstancias puede salirse de esos patrones; además el entrevistador puede formarse una imagen relativamente clara de la persona a partir del relato del paciente. Las personas con estructuras limítrofes relatan aspectos contradictorios de sí mismos pero sin darse cuenta de la contradicción de su relato, el entrevistador puede tener la sensación de que el paciente está hablando de distintas personas por lo que no puede percibir en forma clara la descripción del paciente y tener la sensación de caos. Las personas con estructuras psicóticas no pueden responder esta pregunta porque es poco estructurada y requiere mantener empatía con el entrevistador. Las personas con problemas orgánicos (delirio, demencia, alteraciones del sensorio) tampoco logran estructurar una respuesta pues implica concentración, introspección y relaciones abstractas (Kernberg, 198?; Gomberoff, 1999).

Para explorar el concepto integrado de las personas importantes o significativas en la vida del sujeto, primero se debe captar cuales serían esas personas y luego preguntar

¿Por qué no me describe la personalidad de su mamá y de su hermano? Cuénteme ¿cómo son ellos? Los pacientes con estructura limítrofe dan una descripción superficial que impide conocer los aspectos más profundos de esas personas, además muchas veces caen en profundas contradicciones cuando describen características sin que se percaten de ello. En pacientes con estructura neurótica la descripción incluye aspectos relevantes, integración de aspectos negativos y positivos que permiten que el entrevistador se haga una imagen más o menos clara de esas personas. En el caso de estructuras psicóticas o con problemas orgánicos no se continua con la exploración de la Identidad del yo y se pasa a indagar más en la sintomatología específica (Kernberg, 198?Gomberoff, 1999).

2) JUICIO DE REALIDAD:

Este segundo criterio de clasificación y evaluación clínica, implica la capacidad de: (1) diferenciar el yo del no-yo (2) diferenciar el origen de los estímulos ya sea intrapsíquico o extrapsíquico (3) mantener criterios de realidad socialmente aceptados. El juicio de realidad esta mantenido en las estructuras neuróticas y limítrofes, no así en las psicóticas por lo que es un criterio diferenciador entre estructuras psicóticas y limítrofes. La evaluación de este criterio se hace en tres etapas (Gomberoff, 1999):

a) **Presencia / ausencia de alucinaciones o ideas delirantes:** si en ese momento las tiene, significa que el juicio de realidad está perdido. Si ha tenido estas manifestaciones se pregunta por el significado de ellas **¿Qué le parece lo que le pasó?** si el paciente responde que no lo entiende y teme estar perdiendo la razón significa que recobró el sentido de realidad (lo que puede ocurrir en las estructuras limítrofes), por el contrario si lo describe como algo natural, el juicio de realidad aún está perdido.
b) **Mantención de criterios sociales:** si el paciente nunca ha tenido alucinaciones ni ideas delirantes se evalúa, mediante la observación o análisis del discurso, lo más extraño o absurdo de la conducta del paciente o de los afectos. Después de tener claro esto se le pregunta "**yo quisiera hablar con usted de algo que he observado en nuestra interacción ¿me permite que le señale algo que me llamó la atención y que me tiene al o sorprendido, que no entiendo?...yo vi que usted estaba haciendo esto o reacciona de tal forma y esto me pareció raro ¿usted entiende que a mí me haya parecido extraño o es un problema mío?** Un paciente con el juicio de realidad mantenido entiende que al entrevistador le resulte extraño lo que él le señaló y explica la situación mejorando el entendimiento de éste. Por el contrario, el juicio de realidad se denota perdido

si el paciente no puede ver por qué a otra persona le resulte extraño cierto comportamiento.

c) **Identificar en la interacción mecanismos de defensa primitivos e interpretarlos:** este paso es el más difícil. Se debe tener una visión global del paciente, tomar en cuenta su comportamiento y como responde a las preguntas del entrevistador. Las reacciones defensivas primitivas comienzan a aparecer en las estructuras limítrofes y psicóticas al pedirle al paciente que se describa y continúan apareciendo en el transcurso de la entrevista estructural Ante las defensas del paciente, interpretar en el presente y ver la reacción de este. Los pacientes limítrofes mejoran con esta intervención, los psicóticos empeoran (Kernberg, 198?;Gomberoff, 1999).

3) PREDOMINIO DE MECANISMOS DE DEFENSA PRIMITIVOS V/S AVANZADOS:

En la práctica clínica se aprecia que los mecanismos de defensa se utilizan en constelaciones o conjuntos. La constelación neurótica o mecanismos avanzados se centran en la represión además de ir acompañado de proyección, intelectualización, racionalización, negación y formación reactiva. La segunda constelación la constituyen los mecanismos más primitivos los que se centran en la escisión, junto con esta aparecen la identificación proyectiva, idealización primitiva, omnipotencia, control omnipotente, devaluación y negación primitiva. Este criterio sirve para diferenciar las estructuras neuróticas de las limítrofes y psicóticas ya que los mecanismos primitivos son típicos de estas últimas organizaciones (Gomberoff, 1999).

Para evaluar las constelaciones hay que poner atención en la interacción con el paciente. Los mecanismos avanzados usualmente no interfieren la relación paciente-terapeuta, se ven más indirectamente. En cambio los mecanismos primitivos se pueden observar directamente ya sea en el contenido del discurso del paciente (contradicciones, adjetivos muy positivos hacia el terapeuta o negativos, etc.) como en el comportamiento (reacciones de angustia, muestras de desprecio, provocación, rechazo en el lenguaje corporal). Junto con el uso de estas defensas se puede apreciar regresiones transferencias y contratransferenciaa desde las primeras sesiones (Kernberg, 1987; Gomberoff, 1999).

La exploración de estos tres criterios permite diferenciar entre estructuras psicóticas, neuróticas y limítrofes, sin embargo a menudo la clasificación de las estructuras

limítrofes se hace dificultosa por su carácter intermedio. Para clarificar el diagnóstico, Kernberg propone otros criterios que caracterizan a las estructuras limítrofes y las diferencian de las neuróticas. Estas son:

- Dificultades graves y crónicas en las relaciones de objetos: los pacientes limítrofes no logran establecer relaciones verdaderas con otra persona, caen en la manipulación, control y desvalorización del otro.
- Manifestaciones inespecíficas de debilidad yoica: falta de control de impulsos, incapacidad para tolerar la angustia, insuficiente desarrollo de canales de sublimación,
- Tendencia problemática del súper yo: puede manifestarse como el apego a normas morales por el "qué dirán" o en conductas antisociales, mentira crónica, robo, engaño, estafa, agresiones abiertas a otros o explotación parasitaria.
- Síntomas neuróticos crónicos, polimorfos y difusos: presencia de angustia, depresión, fobias, síntomas obsesivos, tendencias hipocondríacas.

4. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LAS ESTRUCTURAS DE PERSONALIDAD.

Uno de los principales aportes de Kernberg a la comprensión de los trastornos de personalidad es haber explicitado la configuración estructural y dinámica subyacente que los hace tanto similares como distintos entre sí. Se analizarán los trastornos de personalidad comenzando desde la menor a mayor severidad:

- Trastornos de personalidad en estructura neurótica: Incluye a los trastornos Depresivo masoquista, obsesivo compulsivo e histérico. Se caracterizan por una identidad del yo y capacidad de relaciones profundas, control de impulsos y tolerancia a la ansiedad; creatividad en el trajo por la capacidad de sublimación. Poseen capacidad para amar sexualmente e intimar, pero esta está afectada por sentimientos de culpa inconscientes que se reflejan en patrones patológicos de interacción; de hecho el conflicto dinámico (impulsos) consiste en la patología de la libido. En el caso del trastorno depresivo masoquista existe un conflicto oral que se ha llevado (relativamente inmodificado) al plano edípico. En el obsesivo compulsivo una constelación de conflicto anal es llevado al plano edípico. La personalidad histérica es un ejemplo de conflicto edípico que se refleja en una inhibición sexual (Kernberg, 1997)

- Trastornos de personalidad en estructura limítrofe superior: Incluye los trastornos de personalidad ciclotímica, sadomasoquista, infantil o histriónico, dependiente y narcisismo de buen funcionamiento. Estos trastornos se caracterizan por presentar el síndrome de difusión de identidad, pero conservan algunas funciones yoicas(inmadurez dela personalidad) con buen funcionamiento, tienen un súper yo integrado, se adaptan mejor al trabajo, pueden establecer relaciones íntimas benignas, integrar impulsos sexuales y de ternura. Se consideran en transición entre los trastornos de personalidad neuróticos y limítrofes.

- Trastornos de personalidad en estructura limítrofe inferior: Incluye el trastorno de personalidad limítrofe (en sentido estricto), esquizoide, esquizotípico, paranoico, hipomaniaco, hipocondríaco, narcisismo maligno y antisocial. Estos trastornos se caracterizan por la difusión de identidad, no se ha logrado la constancia objetal, no se perciben objetos totales sino que idealizados (tanto buenos como malos); un desarrollo desproporcionado del impulso agresivo ligado al uso masivo de la escisión como mecanismo defensivo para poder contar con objetos buenos que protejan de los malos para escapar de la agresión atemorizante; también se observan problemas en las relaciones íntimas; el súper yo es arcaico, no integrado. Todo esto se traduce en problemas para establecer relaciones íntimas duraderas, falta de metas en la vida, incapacidad de sublimar ligada a poca persistencia y creatividad en el trabajo; patología de la vida sexual por estar contaminada la libido con la agresión, incluyendo tendencias polimorfas (Kernberg, 199?).

Así como existen similitudes entre los trastornos de personalidad en un tipo de estructura, también existen similitudes o líneas de trastornos (sobre todo con respecto a características conflictivas y dinámicas) dentro de las estructuras y también a través de ellas. Es aquí donde se aprecia la característica dimensional y categorial del sistema clasificatorio de Kernberg.

Una primera línea es la del trastorno limítrofe y esquizoide que reflejan una fijación en la separación / individuación, existe una escisión de las relaciones objetales internalizadas, que en el esquizoide - por una tendencia temperamental introvertida - se expresa en empobrecimiento de las relaciones objetales (empobrecimiento social) con poca expresión afectiva debido a la escisión de los afectos, e hipertrofía de la vida fantasiosa; en el caso del limítrofe - con tendencia temperamental extrovertida - se

expresa en relaciones impulsivas en el plano interpersonal, que remplazan su autoconciencia. La personalidad esquizotípica es una forma más severa de la personalidad esquizoide; la personalidad paranoide se caracteriza por un aumento de agresión y proyección (del tipo identificación proyectiva) en relación al esquizoide, unida a un auto idealización defensiva. La personalidad hipocondríaca también está unida a la línea esquizoide, en este caso los objetos persecutorios (producto de la escisión esquizoide) se proyectan al interior del cuerpo, lo que las asemeja al trastorno paranoide (proyecta fuera de si los objetos persecutorios).

Otra línea de trastornos es la que cruza los trastornos hipomaníaco, ciclotímico y depresivo masoquista. Estos trastornos están unidos por una disposición temperamental de activación afectiva; el estado más grave es el hipomaníaco, que puede evolucionar a ciclotímico si hay mejor funcionamiento yoico, y a depresivo masoquista si hay una identidad del yo y súper yo integrado, pero extremadamente punitivo (lleva a la culpa y a la necesidad de sufrir para obtener placer sexual). La línea depresivo masoquista tiene otra rama que la liga al trastorno sado masoquista (que a su vez viene de la paranoia); la evolución de personalidad paranoide a sado masoquista y de esta a depresiva masoquista es equivalente a la transición hipomaniaco-ciclitímico-depresivo masoquista.

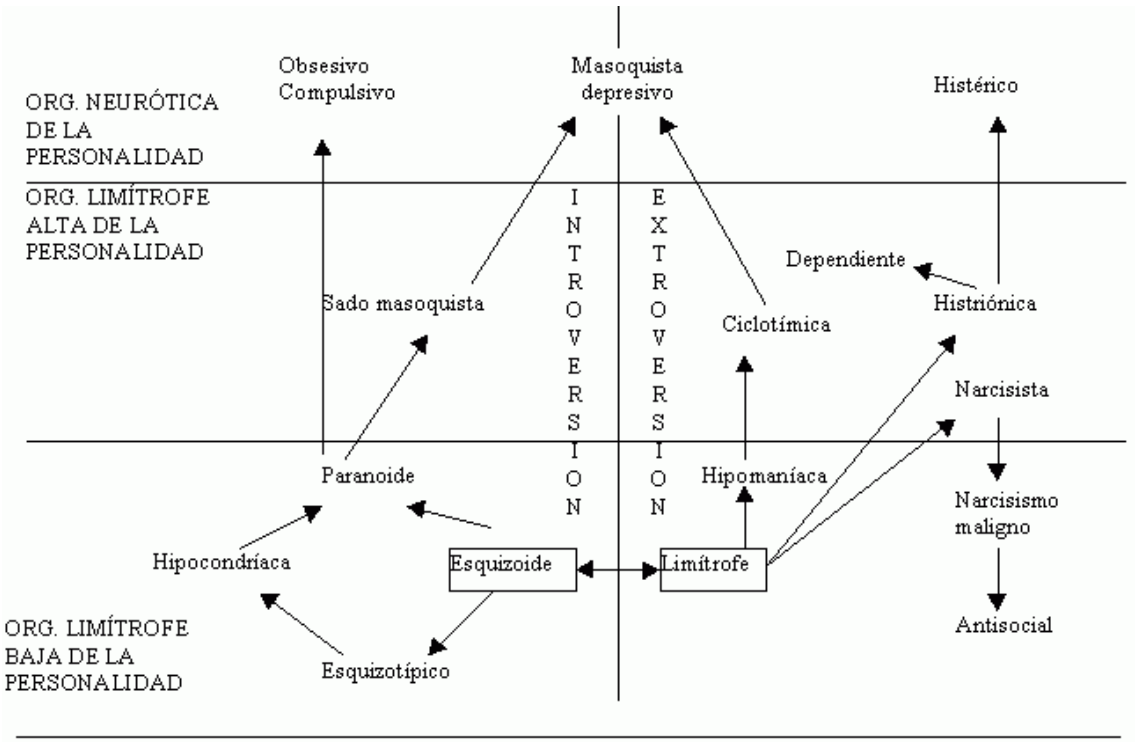
También es posible observar la línea narcisista que se caracteriza por un sí mismo integrado, pero patológico y grandioso; dentro de esta línea se encuentran de menor a mayor gravedad: el trastorno narcisista, narcisismo maligno y trastorno antisocial. Lo que diferencia a estos trastornos es el nivel de agresión e integración del súper yo. En el narcisismo se observa un sí mismo irreal e idealizado con algún grado de conducta antisocial; se transforma a narcisismo maligno cuando se agrega agresión egosintónica (crueldad, sadismo u odio) y un súper yo desintegrado que genera tendencias paranoides por la reproyección de la agresión; el estado más grave es el trastorno antisocial donde no existe la capacidad de sentir culpa o preocupación por otros, ya no existe un súper yo ni tampoco una capacidad de proyectarse en un futuro personal.

Siguiendo la línea limítrofe se encuentra la personalidad infantil o histriónica y la histérica. En la personalidad infantil (estructura limítrofe) no hay capacidad de establecer relaciones personales maduras, se observan tendencias sexuales polimorfas y conflicto indiferenciado con hombres y mujeres; en la personalidad histérica (estructura neurótica) los conflictos se restringen al ámbito sexual, con

seudohipersexualidad e inhibición sexual, mayores conflictos con las mujeres que con los hombres, que son por competir por los hombres.

Finalmente se observa la personalidad obsesiva compulsiva, este trastorno sigue la línea esquizoide paranoide y es su representante mejor integrado, con estructura neurótica. En ese caso la agresión es neutralizada por un súper yo integrado y sádico, lo que lleva al perfeccionismo, necesidad de control y autodudas.

5. RELACIONES ENTRE LAS ESTRUCTURAS Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD



CUADRO RESUMEN CLASIFICACIÓN DE ESTRUCTURAS Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SEGÚN KERNBERG

	ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD

CRITERIO	Neurótico	Limítrofe alto	Limítrofe bajo	Psicótico
Identidad del yo	Presente	Ausente	Ausente	Ausente
Juicio de realidad	Mantenido	Mantenido	Mantenido, pero con alteraciones	Ausente

Defensas	Avanzadas	Primitivas	Primitivas	Primitivas
Trastornos de personalidad	Obsesivo compulsivo Masoquista depresivo Histérico	Sadomasoquista Ciclotímico Dependiente Histriónico Narcisista	Paranoide Hipocondríaco Esquizotípico Esquizoide Limítrofe Hipomaníaco Narcisismo maligno Antisocial	

DSM IV es el manual de diagnóstico estadístico de los trastornos mentales elaborado el año 1952, por primera vez por la Asociación estadounidense de psiquiatría.

CONCLUSIÓN

Una de las razones más importantes de conocer los diferentes enfoques en psicopatología, las enfermedades y la clasificación de los trastornos es poder elaborar un diagnóstico y con ello planificar un tratamiento para cada individuo. Cada sujeto posee características que lo hacen ser único, posee un contexto social y herramientas personales para enfrentarse a las dificultades por lo que como profesionales necesitamos ampliar nuestras posibilidades, para poder abordar de una forma más certera y con mejores probabilidades de éxito en el alivio de la dolencia del individuo que la padece.

REFERENCIAS

http://www.cepvi.com/index.php/psicologia/articulos/que-es-la-personalidad?start=2

Lee todo en: Definición de psicopatología - Qué es, Significado y Concepto http://definicion.de/psicopatologia/#ixzz4LNkC33gw
Visto el 10 Octubre de 2016.

Kernberg, O. F., Bari, S. M. O., & Tejeda, M. M. R. (2012). *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica: nuevos desarrollos en psicopatología y psicoterapia de los trastornos graves de la personalidad*. Manual Moderno.

KEHNBEHG, Ü. F. (1999). Trastornos graves de la personalidad.

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

Psicopatologìa y neurofisiologìa

UNIDAD Nº II

Enfoques psicopatológicos y trastornos

WWW.IPLACEX.CL

Introducción

En esta semana se estudiará una clasificación de trastornos, pues un diagnóstico temprano con un tratamiento adecuado podría cambiar el curso de la enfermedad.

Un diagnóstico temprano podría cambiar la calidad de vida de una persona.

Los trastornos y sus síntomas afectan tanto a la persona como al entorno social que rodea al sujeto.

La psiquiatría es una tarea moral y social. El psiquiatra se ocupa de los problemas de conducta humanos. Se ve llevado, entonces, a situaciones de conflicto, a menudo entre el individuo y el grupo. Si queremos entender la psiquiatría, no podemos apartar los ojos de este dilema: tenemos que saber a favor de qué bando se pone el psiquiatra, si a favor del individuo o a favor del grupo.

El grupo es de vital importancia, la psicopatología infanto-juvenil es una etapa de desarrollo en la que el diagnóstico temprano de la enfermedad nos entrega una oportunidad de administrar terapia o tratamiento farmacológico oportuno y mejorar la calidad de vida tanto del sujeto como de su entorno familiar y social.

La adolescencia presenta en algunos casos rasgos depresivos que son normales para esta etapa del desarrollo humano, lo cual tiene respaldo en los estudios y la literatura del tema.

En las ciencias sociales o humanas, sin embargo, en las que el lenguaje no se utiliza sólo en forma descriptiva sino también promotora, vale decir, para comunicar no solo cómo son las cosas sino también cómo deberían ser, con frecuencia no es suficiente y debe ser complementado mediante un análisis de los aspectos históricos, morales y tácticos del concepto en cuestión. El propósito de este curso es, clarificar aún más el concepto de enfermedad mental examinando sus antecedentes históricos, implicaciones morales y funciones estratégicas.

Ideas fuerza

1. Trastornos psiquiátricos
2. Psicopatología del pensamiento
3. Trastorno de la afectividad
4. Enfermedades mentales
5. Psicopatología infanto-juvenil

6. Trastorno de la sensación, percepción y representación.

6.1 Sensación

Se habla de sensación cuando un estímulo es capaz de excitar a un receptor y provocar una reacción que es transmitida al cerebro y éste lo registra. Ejemplo: sensación táctil, luz y colores, frío y calor, equilibrio.

Trastornos de la sensación

Se relacionan mayormente con lesiones orgánicas (agnosias, sinestesias, funcionales)

a) Agnosias: existe una incapacidad para reconocer la sensación existente por ejemplo agnosia acústica no se reconoce el significado de las palabras).

b) Sinestesias: una experiencia sensorial real evoca otra sensación con la cual se liga la primera.

c) Funcionales: un evento traumático impide el registro de la sensación, por ejemplo anosmia(falta de olfato)

6.2. Percepción

Las percepciones son involuntarias. Es un acto de toma de conocimiento de datos sensoriales del mundo que nos rodea.

Trastornos cuantitativos de la percepción.

a. Aceleración de la percepción:

   Paciente hiperesponsivo, atiende a varios estímulos a la vez.

b. Retardo de la percepción:

   Pacientes enlentecidos con depresión.

c. Hiperestesia:

   Intensificación de la percepción, se da en pacientes bipolares. Las percepciones son intensas y vívidas, los colores son más brillantes y los sonidos más nítidos.

d. Debilitamiento de la percepción:

Se observa en pacientes deprimidos. Las percepciones son reducidas, no hay intensidad ni colores.

Trastornos cualitativos de la percepción

Ilusiones

Percepción falseada o distorsionada de un objeto; El sujeto se da cuenta de la ilusión.

a) Ilusiones por inatención:

Debido al debilitamiento de la atención se dificulta la percepción adecuada, favoreciéndose errores. Ejemplo cambiar una palabra por otra o confundir a un extraño con un conocido.

b) Ilusiones catatìmicas:

Existe una captación sensorial perfecta, pero la carga afectiva predispone a una falsa percepción. Ejemplo: caminamos por un lugar oscuro, sentimos miedo, pensamos ver una sombra de alguien. Al mirar detenidamente nos damos cuenta de que es un trapo colgando.

c) Ilusiones oníricas:

Existe captación sensorial perfecta, pero el compromiso de conciencia predispone a una falsa percepción. Por ejemplo: ver cosas cuando estamos quedándonos dormidos y luego comprobar que no era así.

Alucinaciones

Percepciones sin objeto real; sin el estímulo externo correspondiente y con juicio de realidad alterado. La presencia de alucinaciones implica una pérdida de juicio de realidad, lo que implica la entrada al mundo de la psicosis; Esto es, incapacidad del paciente de distinguir entre su mundo interno (producción, fantasías, miedo) y el mundo externo.

Observación Importante: el sujeto no es capaz de darse cuenta de lo que ocurre afuera, no puede enjuiciar objetivamente.

Características:

- Poseen carácter de objetividad

- Son nítidas
- Son corpóreas
- Pueden ser retenidas fácilmente
- Son independientes a la voluntad (Jaspers)
- Se vivencian como reales

Alucinaciones Auditivas:

El Sujeto oye desde sonidos simples, sonidos elaborados, hasta una o varias voces que le dan órdenes, comentan, insultan, amenazan, etc.

b) Alucinaciones visuales:

Pueden consistir en imágenes móviles o inmóviles, desde tamaño natural a minúsculas o gigantescas; pueden ser objetos, animales o figuras.

c) Alucinaciones Olfativas y Gustativas:

Son frecuentes los olores putrefactos, los sabores a veneno, efluvios celestiales u olores a rosas.

Alucinaciones Táctiles:

Los pacientes experimentan ser atrapados, soplados, quemados, etc.

d) Alucinaciones cenestésicas:

Sensaciones de estar petrificado, desecado, vacío, de piedra, etc. Refieren tener animales instalados en sus órganos. Es frecuente que afecten a los órganos genitales.

e) Alucinaciones cinéticas:

Percepción de movimiento sin estímulo. El sujeto experimenta que le imprimen sensación de movimiento a sus miembros o a todo su cuerpo.

f) Alucinaciones catatìmicas:

Se hacen comprensibles desde un estado afectivo del paciente, por ejemplo: si está atravesando un duelo por la muerte de un ser cercano y querido ve o escucha la voz de su familiar.

g) Alucinaciones funcionales:

Presencia de alucinaciones simultáneas a la presencia de un estímulo no asociado. Por ejemplo: el sujeto abre la llave del agua y oye voces que cesan al cerrarla.

h) Alucinosis:

Presencia de alucinaciones pero sin la interpretación delirante.

3. **Representación:**

Las representaciones son voluntarias, existen representaciones mnémicas, de la fantasía, eidéticas y oníricas.

Imágenes surgidas en la conciencia: íntimas. Corresponden a un elemento de fantasía.

Trastornos de las representaciones

- Pseudoalucinaciones

Las pseudoalucinaciones son representaciones que no tienen base en una percepción real externa, sino en una percepción imaginaria, subjetiva e interna.

No existe la percepción de voces dentro de la cabeza, sino un dispositivo que se instala dentro, están hablando otras personas de su cerebro y tienen voz telepática, los sujetos sienten fenómenos extraños que le son impuestos.

a) Pseudoalucinaciones visuales.

El sujeto tiene la impresión de vivir escenas imaginarias, visiones interiores.

b) Pseudoalucinaciones verbales

El sujeto oye su propio pensamiento, lo que define como voces interiores. Las refiere como fenómenos psíquicos extraños que le son impuestos.

c) Pseudoalucinaciones verbomotoras

Trastornos de la representación del lenguaje interior, sensación de que a través suyo están hablando otras personas.

7) Trastornos del pensamiento (forma y contenido)

Pensamiento (normal): flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigidas hacia un objetivo, que se expresan a través del lenguaje o a través de la acción.

Las vivencias de la realidad constituyen nuestro juicio de realidad.
Desde el juicio de realidad constituyen nuestro juicio de realidad. Desde el juicio de realidad construimos las ideas normales que son nuestro capital ideativo.
Control del pensamiento: capacidad de controlar las ideas de nuestro pensamiento. Mantener alejada de nuestra mente aquellos contenidos que nos angustian o perturban.

7.1 Psicopatología del pensamiento:

* Pensamiento circunstancial

Abundante flujo de ideas. El sujeto se distancia del concepto que desea transmitir pero logra volver al tema. Da detalles excesivos en el relato, pues no logra diferenciar lo esencial de lo secundario.

- Pensamiento tangencial

Se observa que el flujo de ideas, si bien está relacionado con la pregunta inicial, no llega al tema en cuestión.

- Pensamiento escamoteador

  El paciente evita un tema importante y hace como que no existe. Evita porque le incomoda, lo angustia o para expresar rabia.

- Parafasia

  El paciente responde con un contenido que no tiene relación con lo que se pregunta

- Pensamiento concreto

  Ausencia de razonamiento deductivo, inductivo o por analogías

- Concretismo reificante

  El sujeto concretiza conceptos abstractos

- Pensamientos perseverativos

Repetir palabras, frases o ideas, como si estuviera pegado.

- Pobreza de pensamiento

  Falta de ideas, pobreza de temas

- Pensamiento pueril

  Contenidos simples y básicos

- Condensación

El sujeto une varias sílabas de diferentes palabras en una sola, absurda e incomprensible para el observador, no así para el sujeto.

Contaminación

Se fusionan sílabas de diferentes palabras en una sola, absurda e incomprensible para el observador

- **Neologismo**

  Creación o deformación de una palabra que tiene significado especial para el paciente

- Onomatopoyesis

  Creación de neologismo en base a un ruido que produce

- **Metònimos**

  Tipo de neologismo

- **Asociación por consonancia**

  Las palabras se asocian entre si más por el sonido que por su significado

- **Bloqueos**

  Interrupción del discurso. Paciente no logra retomar

- **Pensamiento en tropel**

  El paciente refiere sentir una gran cantidad de pensamientos desordenados que se sobreponen en su cabeza

- **Pensamiento ambivalente**

Ausencia total del principio de no contradicción. En la mente del paciente coexisten simultáneamente una idea y su apuesta

- **Pensamiento disgregado**

  Propio de la esquizofrenia. Se pierde la meta final del discurso

- **Pensamiento laxo**

  Grado menos del pensamiento disgregado

- **Jergafasia o ensalada de palabras**

  Ausencia del objetivo del pensamiento. Alteración gramatical de las frases originando un discurso inentendible

- **Pensamiento incoherente**

  Trastorno que se presenta junto con el compromiso de conciencia. Mismas características que el pensamiento disgregado

7.2. Trastornos en la velocidad del pensamiento

- **Taquipsiquia**

  Aumento en la velocidad del curso del pensamiento, con pérdida gradual de sus conexiones internas pudiendo perder la meta final del discurso.

- **Pensamiento Ideofugal**

  Se da en las fases maniacas (hacer mucho a la vez y continuo). El sujeto pasa rápidamente de un tema a otro. Estas asociaciones tienen sentido.

- **Fuga de ideas**

  Grado extremo de ideofugalidad, el pensamiento va demasiado rápido al punto que se vuelve incomprensible. El sujeto se queda en silencio cuando no es capaz de organizar su pensmiento.

- **Bradipsiquia(lento**)

  Disminución en la velocidad del curso del pensamiento.

- **Inhibición del pensamiento**

  Características del estado depresivo. El enlentecimiento es percibido como una sensación subjetiva de dificultad que le impide mayor rapidez, aunque se esfuerce.

7.3. Ideas delirantes primarias

- Incomprensibles
- Tendencia a guardárselas en la intimidad
- No se las argumenta coordinadamente
- No se vierten en conductas activas
- Se lucha poco a favor o en contra de lo revelado
- Percepciones delirantes

  Percepciones a las cuales se les da un significado anormal por parte del paciente, sin que exista un motivo comprensible.

- Ocurrencias delirantes

  Representación a la cual se le da un significado anormal. Diferentes experiencias internas del sujeto son interpretadas de manera particular.

- Ideas deliriosas

  Ideas delirantes que surgen desde el perturbado de la conciencia, con compromiso de conciencia.

- Percepciones deliriosas

  Percepciones auténticas del paciente a las actuales se les da un significado anormal, dado desde el afecto y una alteración de conciencia. Existen fenómenos amnésicos asociados.

- Ocurrencias deliriosas

  El sujeto vive con carácter de realidad las representaciones que acuden a su cabeza. Siente y actúa como si fuera realidad.

- Ideas deliroides

Existe estado afectivo emocional concordante.

Ideas delirantes en relación al contenido (delirios)

Los delirios e ideas delirantes son síntomas, por lo que no pertenecen a ninguna psicosis determinada y se explican de diferentes formas, dependiendo de su etiología, curso e identidad.

El delirio aparece, por ejemplo, en la esquizofrenia y en los trastornos del estado de ánimo: tales como depresión mayor y trastornos bipolares.

Ejemplos: delirio de culpa, delirio de ruina, delirio de filiación(sentir pertenencia a determinado grupo social), delirio de embarazo, delirio de grandeza, etc.

Trastornos en el control del pensamiento

Obsesiones

- Pensamientos obsesivos:

  Persistencia de una idea que da vueltas por la cabeza. (Se incluyen aquí las ideas obsesivas)

- Temores obsesivos o fobias:

  Acciones obsesivas que el paciente considera absurdas, pero que se realizan por la presencia de temores.

- Ritos obsesivos:

  Secuencia organizada de actos obsesivos que el sujeto considera absurdos, pero que debe efectuar completamente.

- Ideas fijas:

  Idea relativa que se presenta por una situación que causò un impacto afectivo muy grande en el sujeto.

- Pseudo-obsesiones:

  Vivencias imperativas que el paciente no puede controlar ni impedir, pero que las acepta y no lucha por deshacerse de ellas.

7.4. Trastornos de afectividad (depresión monopolar, bipolar, trastornos de ansiedad)

(Trastornos no psicóticos)

La afectividad confiere una sensación subjetiva de cada momento y contribuye a orientar la conducta hacia distintos objetivos.

La vida afectiva influye en toda personalidad y conducta de un sujeto, sus pilares fundamentales son los sentimientos y las emociones.

Trastornos afectivos

1. Monopolares

1.1. Depresión mayor

Por lo menos 2 semanas de duración, con un estado de ánimo disfórico o pérdida de interés en las actividades habituales.

Se requiere 1 semana de presencia de síntomas si hubiese riesgo suicida u hospitalización.

No debe haber duelo reciente.

Síntomas: tristeza, melancolía, desesperanza, apatía, irritabilidad, aumento o disminución del apetito, disminución de la lìbido, amenorrea, sensación de culpa, alteración de los ciclos circadianos (insomnio, hipersomnia), fatiga, humor depresivo, baja autoestima, ideas de muerte, el individuo amanece mal, se siente peor en la mañana, sensación de culpa, etc.

1.2. Distimia

Presencia de síntomas depresivos por un tiempo de 2 años de manera fluctuante.

Mismos síntomas que los de la depresión, pero con una intensidad menor.

No existe un riesgo mayor de suicidio, sólo pueden reportar ganas de morirse, pero no realizar el acto.

Por su tiempo de duración suele pasar inadvertida y confundirse con ciertos rasgos de personalidad del sujeto.

En los trastornos depresivos se indica terapia farmacológica por un tiempo no menor a 6 meses.

Terapia psicológica, y frente a riesgo suicida, indicar hospitalización y derivar a psiquiatra.

2. Bipolares

Trastornos donde el ánimo del sujeto fluctúa entre el polo de la disforia y la euforia (disminución y aumento del ánimo)

Fases del polo disfòrico: la depresión

Fases de la euforia: manía e hipomanía

Tratamiento: medicación de por vida para estabilizar el estado de ánimo en conjunto con terapia psicológica.

2.1. Trastorno bipolar tipo I

Presencia de una fase depresiva y una manìaca.

Es el más grave de los trastornos bipolares y requiere de hospitalización.

2.2. Trastorno bipolar tipo II

Presencia de una fase depresiva y una hipomaniaca.

En general los sujetos tienen un buen funcionamiento con una adecuada adherencia al tratamiento.

2.3. Trastorno bipolar mixto

El paciente presenta criterios tanto para un episodio maniaco como para uno depresivo. Coexisten ambos polos durante un período de una semana, lo que provoca un alto monto de angustia en el paciente, con una agitación evidente.

2.4. Ciclotimia

Síntomas hipomaniacas y depresivos, pero de baja intensidad.

El sujeto vive normalmente con esto.

Riesgo suicida

- Aumento en pacientes de sexo masculino
- Aumenta en depresiones mayores
- Aumenta cuando existe elemento psicótico, trastornos psicóticos y esquizofrenia.
- Aumenta en pacientes solteros, en personas solitarias y sin religión.
- Aumenta cuando hay una historia de suicidio en la familia
- Aumenta cuando se presenta una mejoría en la depresión
- Si se detecta: contener al paciente, llamar a la familia, derivar a psiquiatra, etc.

Trastornos de ansiedad

- Hay una alteración en la señal de alerta
- El arousal del sujeto está más activado, cualquier estímulo, por pequeño que sea, provoca una respuesta exagerada.

Ansiedad normal	**Ansiedad patológica**
Episodios poco frecuentes	Episodios reiterativos
Intensidad leve o media	Intensidad alta
Duración limitada	Duración prolongada
Reacción esperable al estímulo estresante	Reacción desproporcionada
Grado de sufrimiento limitado y transitorio	Grado de sufrimiento alto y duradero
Interferencia en la vida ausente y ligero	Interferencia profunda en la vida

Trastornos ansiosos según DSM IV

- Trastorno de angustia sin agorofobia
- Trastornos de angustia con agorofobia
- Agorofobia
- Fobias:

  Miedo irracional y desproporcionado frente a un estímulo, al cual el sujeto le da una carga subjetiva. Conlleva una respuesta evitativa y anticipatoria (taquicardia, sudoración, temblores)

- Ataque o crisis de pánico

  El sujeto consulta pensando en una dolencia física o cardíaca. Teme la repetición del cuadro.

  Crisis que combina síntomas físicos como psicológicos(taquicardia, opresión, precordial, ataque diaforético (sensación frío-calor), náuseas, desrrealizaciòn, despersonalización.

  Crisis que se experimenta de modo repentino y sin motivo aparente.

- Son vividas con desesperación y desconcierto, provocando pánico y angustia extrema, sin que el sujeto logre comprender lo que pasa.
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno por estrés postraumático

  El sujeto ha vivido un acontecimiento que objetivamente es amenazante

  El sujeto revive el evento a través de sueños o imágenes, el sujeto queda en estado de hiperalerta constante.

  Se desarrolla una insensibilidad psíquica al entorno y se está como ausente, con tendencia al aislamiento social, respuestas disminuidas frente al contacto.

  Sensación de culpa permanente.

- Trastorno obsesivo compulsivo:

  Presencia de obsesiones, compulsiones y/o rituales.

a) Obsesiones: pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusos e inapropiados, provocando malestar significativo como por ejemplo obsesiones con la limpieza.

b) Compulsiones: el sujeto realiza acciones orientadas a disminuir la ansiedad. Como por ejemplo devolverse a cerrar la puerta, lavarse las manos en forma recurrente.

c) Rituales: conjunto de compulsiones o acciones esquemáticas que se presentan de forma ordenada. El sujeto debe realizar estos rituales para lograr desempeñar sus labores cotidianas.

- Presencia de patrones estables de comportamiento que se caracterizan por ser rígidos y desadaptativos. Perturban al paciente y a sus cercanos, provocando un deterioro significativo en los distintos ámbitos de existencia del paciente.

- Personas detallistas, minuciosas, ordenadas, tacañas, trabajadoras, perfeccionistas, rígidas, obstinadas, etc. El sujeto pierde eficacia al utilizar tiempo excesivo en perfeccionar sus acciones.

Trastorno por estrés agudo

d) Trastorno de ansiedad generalizado: Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de preocupaciones que se prolongan por más de 6 meses.

Síntomas: expectación ansiosa, vigilancia o alerta, hiperactividad autonómica, tensión motora, inquietud o impaciencia, fácil fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular.

Tratamiento para los trastornos de ansiedad

1. Farmacologìa (dada por un psiquiatra)

2. Se sugiere Terapia conductual y cognitivo conductual

8. Trastornos de personalidad

El desarrollo de la personalidad es un proceso continuo que comienza al nacer y que se va modelando a través del tiempo. En este proceso interviene la biología, el ambiente, experiencias personales, diferencias de índole individual. Se espera que en la adultez el sujeto logre identificar sus características de personalidad y pueda integrar los aspectos negativos y positivos.

Para el DSM IV la personalidad son patrones de la forma de relacionarse, pensar, actuar que se van manifestando de igual manera en todos los ámbitos

de existencia del sujeto, pero que permiten la adaptación y relación de modo adecuado y lograr tener predictibilidad en las conductas propias como en la de los demás.

7.5 Trastornos de personalidad

Sujeto que presenta patrones rígidos de pensamiento y de conducta, que se vuelven inflexibles, desadaptativos, que hacen sufrir a la persona y a su entorno, interfieren en las relaciones sociales, laborales, personales impidiendo el logro de objetivos y metas. Se inician en la infancia y continúan en la edad adulta.

Se agrupan en grupos o clusters

Trastorno grupo A	Trastorno grupo B	Trastorno grupo C
Trastorno paranoide de personalidad	Trastorno de personalidad limite	Trastorno de personalidad evitativo
Trastorno esquizoide de personalidad	Trastorno de personalidad narcisista	Trastorno de personalidad dependiente
Trastorno esquizotìpico de personalidad	Trastorno de personalidad antisocial	Trastorno de personalidad obsesivo
	Trastorno de personalidad histriónico a) Mujer fatal b) Niña indefensa	

Esquizofrenia

-Corresponde a un trastorno psicótico.

-Es una enfermedad crónica que afecta principalmente entre el 0,2% y el 2 % de la población.

-Se presenta alrededor de los 18 y 20 años de edad.

Existen 4 tipos de esquizofrenia:

a) Tipo Paranoide

b) Tipo desorganizado

c) Tipo Catatónico

d) Tipo indiferenciado

Síntomas en general

- El sujeto comienza a experimentar cambios, plantea sentirse diferente, cambios que experimenta con angustia.
- Giro hacia el mundo interno
- Desgano, pérdida de la motivación
- Síntomas positivos (brote), delirios y alucinaciones mayormente auditivos.

8. Psicopatología infanto-juvenil

La psicopatología infanto-juvenil, también denominada psicopatología del desarrollo tiene algunas características resumidas en lo siguiente.

- Genética, en la que la preocupación se encuentra en los orígenes de las alteraciones del desarrollo psicológico, ya sea los aspectos genéticos, medioambientales, o bien ambos. Por citar un ejemplo, si un retardo mental tiene relación con alteraciones genéticas, o bien si se atribuye a un retardo mental por privación sociocultural.

• Evolutiva, en este concepto se describe los cambios que experimenta la patología por la acción del desarrollo ya sea se atenúe los síntomas por efectos del tratamiento, o persistan y se intensifiquen. Un ejemplo es el síndrome de déficit de atención, en el que los síntomas decrecen a medida que el niño aumenta su edad cronológica.

• Dialéctica, hace mención a la interacción recíproca que existe entre el individuo y el medio ambiente, que eventualmente puede propiciar el surgimiento de la patología y que sumado a esto permitirá o no que se modifique a lo largo del desarrollo.

Al revisar las anteriores características , se puede deducir que es importante para estudiar y analizar un cuadro clínico en un niño o un adolescente unir todos los factores mencionados, vale decir, apuntar al elemento descriptivo, lo que se ve desde una mirada transversal, lo que está ocurriendo visiblemente, ”El niño tiene dificultades con la autoridad, agrede a sus pares” ,etc. y apuntar de igual modo a las variables

dinámicas, como son la etapa del desarrollo, relaciones familiares, habilidades , contexto sociocultural, para lo que es precisa una mirada longitudinal.

El contexto social y escolar es un ámbito importante que afecta en el desarrollo social del niño, algunas de los trastornos que se presentan comúnmente en la búsqueda de aceptación son:

Trastornos de la conducta alimentaria

1. Anorexia nerviosa
2. Bulimia nerviosa

Según el DSM IV dentro de los trastornos generalizados del desarrollo se encuentran los siguientes cuadros:

1. Trastorno autista
2. Trastorno de Rett
3. Trastorno desintegrativo de la niñez
4. Trastorno de Asperger
5. Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Trastornos del aprendizaje

Clasificación de los trastornos en el desarrollo (DSM – IV)
Trastornos del aprendizaje
• Trastorno de la lectura.
• Trastorno del cálculo
• Trastorno de la expresión escrita
• Trastorno del aprendizaje no especificado
Trastorno de las habilidades motoras
• Trastorno del desarrollo en la coordinación

Trastornos de la comunicación
• Trastorno del lenguaje expresivo
• Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo
• Trastorno fonológico
• Tartamudeo
• Trastorno de la comunicación no especificado

CONCLUSIÓN

Como hemos visto un buen diagnóstico es importante, más aún,un diagnóstico a tiempo y la buena elección de un tratamiento puede mejorar el pronóstico de la enfermedad. Cualquiera sea la edad cronológica del sujeto que padece un trastorno o enfermedad, la enfermedad tiene un impacto tanto en la persona que la padece como en el entorno social en el que esta se vuelve desadaptativa, lo que está claro es que provoca un profundo sufrimiento, de allí la importancia de poseer los conocimientos, la ética y un contexto social que nos respalde para lograr hacer un diagnóstico diferencial.

Referencias

- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (89), 67-77.

Almonte, C., María Elena Montt S., & Correa, A. (2003). Psicopatología infantil y de la adolescencia. Mediterráneo.

OBLES, P. P. S. TRASTORNOS DE APRENDIZAJE.

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

Psicopatología y neurofisiología

UNIDAD Nº III

Neurofisiologìa

Introducción

Respondiendo al objetivo de la asignatura y en consonancia con los objetivos académicos , el material de la semana, facilitará al alumno alcanzar una sólida formación, que le permitirá adquirir conocimientos neuroanatómicos y neurofisiológicos básicos en todas sus dimensiones e integradas al funcionamiento del aparato psíquico, ;Indagar en la problemática de diferentes temas neuroanatómicos y neurofisiológicos, fundándose en los pasos del conocimiento científico, con una actitud reflexiva y crítica; Abordar los problemas de la neuroanatomía y neurofisiología como disciplina básica, continuación del eje biológico y auxiliar de futuras materias en la carrera ; Integrar equipos de estudios, como base de enfoques multidiscipinarios que permitan su actuación en campos de intersección disciplinar; Contribuir con su accionar científico en el respeto de los principios de derecho, integridad y dignidad.

1. Neurofisiología concepto

2. Sistema nervioso

3. Identificar las partes del sistema nervioso

4. Conocer el funcionamiento del sistema nervioso

5. Sistema simpático y para simpático.

1. **Neurofisiología**

La Neurofisiología es la rama de la fisiología que estudia el sistema nervioso.

En cualquier acción o conducta de todo organismo está presente el sistema nervioso. Cualquier cambio en su desarrollo es resultado de modificaciones funcionales de dicho sistema. La neurofisiología se ocupa de develar cómo funciona este complicado sistema y cómo produce la variedad de modelos de conductas que manifiestan los organismos. Sin embargo, a pesar de los avances producidos en la investigación, sobre todo en los aspectos bioquímicos y eléctricos, se tiene la convicción de que es mucho más lo que se desconoce.

La Neurofisiología se fundamenta en los estudios del Premio Nobel español Dº Santiago Ramón y Cajal, quien en 1891 postuló la Ley de la polarización dinámica de las neuronas. Esta Ley indica que las corrientes, que conducen información bioeléctrica, en las células nerviosas (neuronas) fluyen desde las ramificaciones dendríticas hacia el cuerpo de la neurona, donde se procesa dicha información, y de éste hacia las ramificaciones terminales o axones, para contactar a través de la sinapsis con otra u otras neuronas. Además, Ramón y Cajal descubrió que el sistema nervioso no es una madeja neuronal sino una red de células nerviosas (neuronas) exquisitamente interconectadas sí pero manteniendo su individualidad.

Concepto

Tipos de Neurofisiología

1. A Neurofisiología básica

La Neurofisiología básica o Neurofisiología experimental es la rama de la neurofisiología cuyo concepto principal es abordar los temas de la neurología por medio de sensaciones de contacto.

1. B. Neurofisiología clínica

La Neurofisiología clínica es una especialidad médica, fundamentada en los conocimientos de las neurociencias básicas, tiene como objetivo la exploración funcional del sistema nervioso central (encéfalo y médula espinal), sistema nervioso periférico (nervios y órganos de los sentidos) y sistema nervioso vegetativo o autonómico (simpático y parasimpático), utilizando tecnología altamente especializada con fines diagnósticos, pronósticos y de orientación terapéutica.

Representa una disciplina que tiene estrecha relación con el funcionamiento orgánico del cerebro y de su relación con otros sistemas del cuerpo humano. Tiene importancia por la manera en que une las funciones fisiológicas y las psicológicas que son las respuestas de la participación de neurotransmisores, de hormonas y de compuestos químicos sintetizados o formados en el mismo organismo por medio de glándulas específicas.

Representa un servicio central para la exploración del Sistema Nervioso, como apoyo al diagnóstico y seguimiento para especialidades diversas, entre las que destacan las diversas disciplinas de las neurociencias (Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría), así como la Traumatología y Ortopedia, Rehabilitación, Pediatría, Otorrinolaringología, Oncología, Oftalmología, Cardiología y Neumología, entre otras.

Organización del Programa. Para presentar al alumno el campo de las Neurociencias en un marco conceptual que considera al hombre como un ser inter y multi-determinado bio-psicosocialmente y para analizar la interrelación entre la actividad nerviosa superior, los demás sistemas corporales y el comportamiento humano, se ha organizado el programa en diez unidades que permitirán al alumno un recorrido paulatino y de progresiva complejidad:

• En el primero (Introducción a la Neuroanatomía y Neurofisiología) se introduce al alumno en el campo de las Neurociencias, estableciendo el nexo con la Psicología y con Biología Humana, asignatura correlativa que la precede,

• En el segundo (Corteza Cerebral) se desarrollan los contenidos morfológicos y funcionales de la máxima expresión evolutiva de nuestro sistema nervioso, sede de la integración neurobiológica de las actividades psíquicas,

• En el tercero (Estructuras del sistema nervioso central), se analizan las principales estructuras que representan el sustrato básico en psiconeurobiología, y que, al considerarlas herramientas básicas, se utilizarán posteriormente para el desarrollo de las unidades siguientes,

• En la cuarta (organización sensorio-motora), con la integración conceptual de las unidades anteriores, se analizan los componentes anátomo-funcionales del movimiento asociados al psiquismo y en el marco de la psiconeurobiología evolutiva,

• En la quinta (Sistema Límbico), se establecen los lineamientos básicos de estructuras que participan en las respuestas emocionales y en los procesos mnésicos, su funcionamiento y su relación con otros sistemas modulares,

• En la sexta (Emoción y Memoria), aplicando conceptos precedentes, se desarrollan los aspectos neuroanatómicos y neurofisiológicos de modelos fisiológicos de aprendizaje, comportamientos de miedo, agresividad, ansiedad y estrés, como así también diferentes tipos de amnesias,

• En la séptima (El sueño), sobre la base de los ritmos biológicos, se analizan los sustratos, mecanismos y funciones de las diferentes fases del sueño; y su vinculación con los diferentes estados neurobiológicos de la conciencia, con la atención y con la imaginación,

• En la octava (la conducta alimentaria y sexual), se propone analizar los mecanismos neuroanatómicos y neurofisiológicos que subyacen al desencadenamiento de estas conductas, y su intersección biopsicosocial,

• En la novena (Psicopatología biológica) se establecen los principios básicos que permiten correlacionar a la asignatura con alteraciones del sistema nervioso, estableciendo hipótesis de disfunciones sinápticas en la esquizofrenia, la depresión y la epilepsia,

• En la décima (Drogadicción) se aborda el comportamiento adictivo en base a la variable psiconeurobiológica, analizando diferentes circuitos neuroanatómicos y neurofisiológicos ante las distintas adicciones.

Introducción a la Neuroanatomía y
Neurofisiologìa

2. Concepto de Neurociencias y disciplinas relacionadas.

Dentro de las Ciencias Biomédicas, el término Neurociencias es relativamente reciente. Su empleo actual corresponde a la necesidad de integrar las contribuciones de las diversas áreas de la investigación científica y de las ciencias clínicas para la comprensión del funcionamiento del sistema nervioso (Rocha-Miranda, 2001). Las Neurociencias cobijan un área del conocimiento que se encarga del estudio del Sistema Nervioso desde el funcionamiento neuronal hasta el comportamiento. Obviamente, la comprensión del funcionamiento del cerebro normal favorece el conocimiento y la comprensión de anormalidades neurobiológicas que causan desórdenes mentales y neurológicos. El propósito principal de las Neurociencias es entender cómo el encéfalo produce la marcada individualidad de la acción humana. Es aportar explicaciones de la conducta en términos de actividades del encéfalo, explicar cómo actúan millones de células nerviosas individuales en el encéfalo para producir la conducta y cómo, a su vez, estas células están influidas por el medio ambiente, incluyendo la conducta de otros individuos (Kandell, Schwartz & Jessell, 1997).
A su vez existen disciplinas relacionadas como Neuroanatomìa Es la parte de la anatomía que se ocupa de las diferentes partes del sistema nervioso y órganos de los sentidos sobre todo en los aspectos descriptivos y topográficos, además de una gran conversión de textos armónicos.
Neurofisiología es la rama de la fisiología que estudia el sistema nervioso. La Neurofisiología se encarga de develar cómo funciona el sistema nervioso y cómo produce la variedad de modelos de conductas que manifiestan los organismos.
Neurociencia aplicada la neurociencia aplicada es una disciplina que utiliza el conocimiento científico sobre el cerebro para potenciar la salud y el bienestar de las personas. Esta disciplina utiliza tecnología y conocimiento sobre el cerebro para resolver problemas prácticos. Es la especialidad de la medicina que se encarga del estudio, diagnóstico y tratamiento de enfermedades en las que se afecta el funcionamiento normal del sistema nervioso central y periférico.

La Neurociencia cognitiva disciplina estudia científicamente los mecanismos biológicos de la cognición, con un enfoque especifico en el funcionamiento neuronal y sus consecuencias en la conducta, investigando cómo las funciones psicológicas y cognitivas son producidas por los circuitos neuronales.

Neurología neurociencia computacional es una ciencia interdisciplinar que enlaza diversos campos de la neurociencia, la neurociencia cognitiva, la ingeniería eléctrica, ciencias de la computación, la física y las matemáticas. Difiere del conexionismo psicológico y de las teorías del aprendizaje estadístico en que enfatiza las descripciones funcionales y biológicamente realistas de neuronas y sistemas neuronales, su fisiología y su dinámica.

Neuroeconomìa es un campo interdisciplinario que busca explicar la toma de decisiones humanas, esto significa, la habilidad de procesar múltiples alternativas y además seleccionar un curso de acción. Analiza el papel del cerebro cuando los individuos evalúan decisiones, y categorizan los riesgos y las recompensas y cómo interaccionan entre ellos.

Neurolingüística se define como la disciplina que analiza los métodos del cerebro humano para lograr la comprensión, generación e identificación del lenguaje, tanto hablado como escrito.

Neuropsicología es una disciplina fundamentalmente clínica, que converge entre la neurología y la psicología. Estudia los efectos que una lesión, daña el funcionamiento anómalo en las estructuras del sistema nervioso central que sobre los procesos cognitivos, psicológicos, emocionales y del comportamiento individual.

Neuropsiquiatría es la rama de la medicina que se ocupa de los trastornos mentales atribuibles a enfermedades del sistema nervioso. Se ha convertido en una sub-especialidad de la psiquiatría y está estrechamente ligada al campo de la neurología de la conducta.

La Neurotecnologìa es un conjunto de herramientas que sirven para analizar e influir sobre el sistema nervioso del ser humano, especialmente sobre el cerebro.

La Psicofarmacología es una disciplina científica que estudia el efecto de fármacos con especial atención a las manifestaciones cognitivas, emocionales, motivacionales y conductuales.

La Neurocirugía se define como la especialidad médica encargada del manejo quirúrgico de determinadas enfermedades del sistema nervioso central, periférico y vegetativo, incluyendo sus estructuras vasculares; la evaluación y el tratamiento de procesos patológicos que modifican la función o la actividad del sistema nervioso, incluyendo la hipófisis y el tratamiento quirúrgico del dolor.

El Neurodesarrollo comprende los mecanismos a través de los cuales se organiza el sistema nervioso como un sistema de relación.

La Neurociencia afectiva es la disciplina que aborda los mecanismos cerebrales subyacentes del comportamiento emocional. Esta ciencia puede además proporcionar una comprensión explicativa mecánica de terapias actuales y además al desarrollo de nuevos enfoques terapéuticos.

La Neurociencia social es una nueva disciplina que surge de la combinación entre la investigación en psicología social y las neurociencias cognitivas, cuyo objetivo es el estudio de las bases biológicas (inmunes, endocrinas, neuronales) de la cognición y conductas sociales Psicofisiológica o Psicología fisiológica Es una de las ramas más antiguas de la Psicología que estudia la relación entre los procesos biológicos y la conducta, intentando establecer los patrones de funcionamiento. Se centra en el estudio del sistema nervioso y el aparato circulatorio, principalmente por su función de distribución hormonal.

3. La relación mente-cerebro. La conciencia.

Los avances científicos que se han producido durante los últimos ciento cincuenta años sobre la estructura y el funcionamiento del sistema nervioso han puesto de manifiesto el papel rector que el cerebro ejerce respecto del resto del organismo. Todas las funciones orgánicas están reguladas por el cerebro y hay un permanente flujo de información entre los órganos y el cerebro.

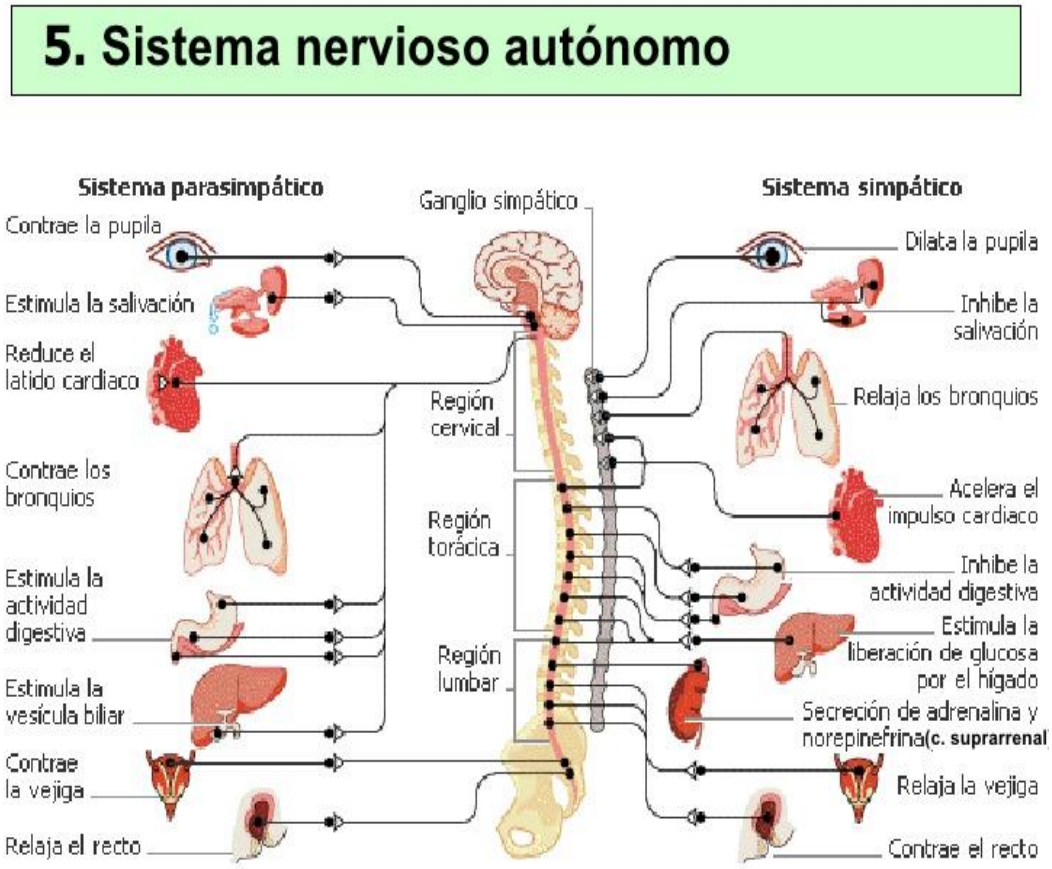
En los últimos años se han desarrollado una serie de técnicas que han permitido un avance espectacular del estudio del cerebro, se han delimitado distintas áreas de la corteza cerebral especializadas en recibir y procesar las informaciones sensoriales y controlar las reacciones musculares: áreas auditivas, visuales, motoras, etc. Sin embargo, estas áreas especializadas representan apenas una cuarta parte de la corteza cerebral; el resto, las denominadas áreas de asociación, no cumplen ninguna función específica y parecen estar encargadas de interpretar, integrar y coordinar las informaciones procesadas por las áreas sensoriales y motoras. Las áreas de asociación serían responsables así de nuestras funciones mentales superiores: lenguaje, pensamiento, razonamiento, memoria, planificación de la acción, creatividad, etc. Cada uno de los hemisferios controla y ejecuta funciones diferentes o aspectos diferentes de una misma función. En términos generales, parece que en la mayor parte de las personas el hemisferio izquierdo controla la habilidad lingüística, numérica y de pensamiento analítico, mientras que el hemisferio derecho controla las habilidades espaciales complejas, como la percepción de patrones y aspectos de ejecución artística y musical.

Sin embargo, las actividades complejas requieren de la interrelación de los dos hemisferios. Así, por ejemplo, cuando leemos un relato, el hemisferio izquierdo entiende el significado de las palabras, pero es el hemisferio derecho el que capta imágenes utilizadas el contenido emotivo y las.

Por otra parte, hay muchas funciones, principalmente de las áreas primarias sensoriales y motoras que parecen idénticas en ambos hemisferios. En definitiva, hay una especialización funcional pero la actividad conjunta de ambos hemisferios es necesaria para el funcionamiento integral del cerebro. La participación de los dos hemisferios en las actividades psicoorgánicas es variable según los individuos: las reglas a que esto obedece y las razones que la determinan (genéticas, sociales) son todavía poco conocidas. Por consiguiente, aunque ciertas funciones de la mente están localizadas en determinadas regiones cerebrales, el cerebro se comporta como un todo unificado.

La conciencia es la noción que tenemos de las sensaciones, pensamientos y sentimientos que se experimentan en un momento determinado. Es la comprensión del ambiente que nos rodea y del mundo interno a los demás.

4. Clasificación del sistema nervioso. Compartimentos.



http://image.slidesharecdn.com/organizacinfuncionaldelsistemanervioso-reflejos-111004231649-phpapp02/95/organizacin-funcional-del-sistema-nervioso-reflejos-15-728.jpg?cb=1317771194
visto en noviembre 2016.

5. **Concepto de Sustancia blanca y gris.**

Cuando se realizan secciones transversales en la médula espinal, se observa que esta estructura que estamos comparando con un tubo no está hueca sino que alberga una mariposa. Esta mariposa es la sustancia gris que se localiza en la parte central de la médula espinal. Su apariencia se debe a que forma dos extensiones simétricas a cada lado de la línea media, que están unidas por una zona central denominada comisura gris, por la que desciende el canal central del sistema ventricular.

La forma y el tamaño de la sustancia gris de la médula espinal varían en los distintos segmentos medulares. A cada lado de la línea media, la sustancia gris está parcelada en tres zonas bastante diferenciadas, que tienen características

funcionales distintas: asta dorsal (posterior), asta ventral (anterior) y entre ambas la zona intermedia o de transición. En la zona intermedia de todos los segmentos torácicos y de los primeros lumbares se forma una tercera asta que se llama asta lateral.

Los millones de neuronas que forman las astas de la sustancia gris se agrupan en diversos núcleos. Las neuronas de la médula espinal son de dos tipos: interneuronas y neuronas de proyección.

Las interneuronas son las neuronas locales cuyos axones no salen de la misma médula espinal; muchas de ellas son segmentales porque sus axones no salen del segmento en el que se localizan en el cuerpo neuronal, y pueden enlazar neuronas del mismo lado, o de ambos, de la médula (estas últimas se llaman interneuronas comisurales). Otras envían sus axones a otros segmentos más o menos distantes, y se denominan interneuronas propioespinales. Las interneuronas están distribuidas por las tres zonas de la sustancia gris, aunque son mucho más abundantes en la zona intermedia. Reciben señales que llegan por la raíz dorsal de los nervios espinales y desde las vías descendentes del encéfalo, y actúan como eslabones intermedios que transmiten estas influencias a las neuronas de proyección, y así regulan una parte importante de las señales que reciben.

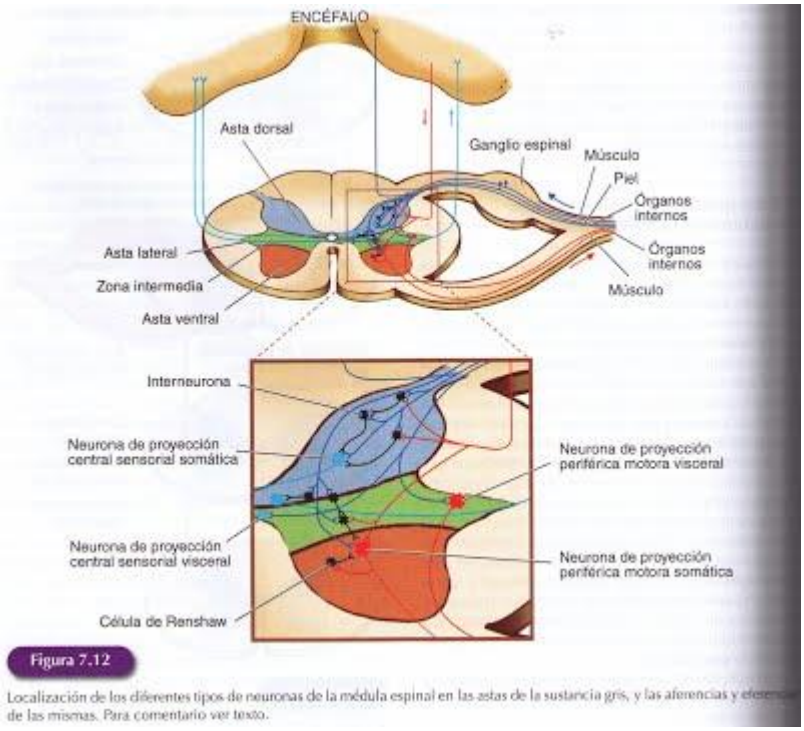
Cuando se realizan secciones transversales en la médula espinal, se observa que esta estructura que estamos comparando con un tubo no está hueca sino que alberga una mariposa. Esta mariposa es la sustancia gris que se localiza en la parte central de la médula espinal. Su apariencia se debe a que forma dos extensiones simétricas a cada lado de la línea media, que están unidas por una zona central denominada comisura gris, por la que desciende el canal central del sistema ventricular. La forma y el tamaño de la sustancia gris de la médula Espinal varía en los distintos segmentos medulares. A cada lado de la línea media, la sustancia gris esta parcelada en tres zonas bastante diferenciadas, que tienen características funcionales distintas: asta dorsal (posterior), asta ventral (anterior) y entre ambas la zona intermedia o de transición. En la zona intermedia de todos los segmentos torácicos y de los primeros lumbares se forma una tercera asta que se llama asta lateral.

Los millones de neuronas que forman las astas de la sustancia gris se agrupan en diversos núcleos. Las neuronas de la médula espinal son de dos tipos: interneuronas y neuronas de proyección.

Las interneuronas son las neuronas locales cuyos axones no salen de la misma médula espinal; muchas de ellas son segmentales porque sus axones no salen del segmento en el que se localizan en el cuerpo neuronal, y pueden enlazar neuronas del mismo lado, o de ambos, de la médula (estas últimas se llaman interneuronas comisurales).

Otras envían sus axones a otros segmentos más o menos distantes, y se denominan interneuronas propioespinales. Las interneuronas están distribuidas por las tres zonas de la sustancia gris, aunque son mucho más abundantes en la zona intermedia.

Reciben señales que llegan por la raíz dorsal de los nervios espinales y desde las vías descendentes del encéfalo, y actúan como eslabones intermedios que transmiten estas influencias a las neuronas de proyección, y así regulan una parte importante de las señales que reciben.



http://psikipedia.com/libro/psicobiologia/1060-organizacion-de-la-sustancia-gris-y-la-sustancia-blanca
Visto en noviembre 2016

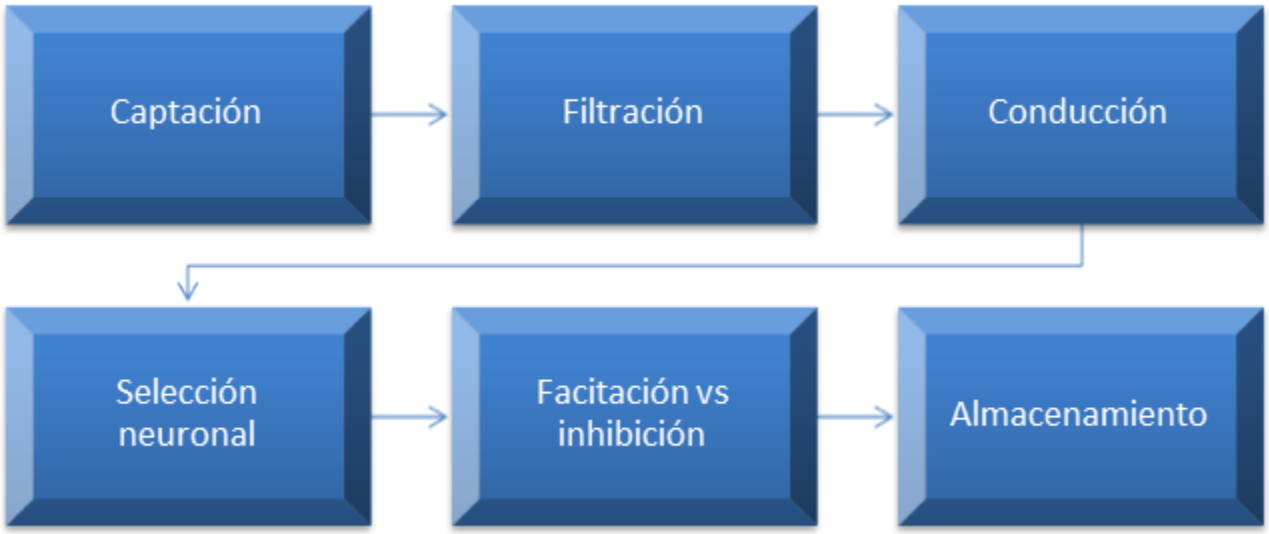
6. **Procesamiento de la información por el sistema nervioso**.

Las sinapsis neuronales juegan un papel importante en el procesamiento de la información. Una sinapsis es el punto de encuentro entre dos neuronas y, por ello, se convierte en controladora de la transmisión de información. La acción de las sinapsis en la transmisión de la información puede ser de facilitación o de

inhibición dependiendo de si dejan pasar la información (la potencian) o si la bloquean (frenan). Desempeñan pues una función de selección.

Como hemos dicho, la información aferente puede desencadenar una repuesta motora inmediata. Pero esta circunstancia concurre en escasa ocasiones; o, mejor dicho, solamente una escasa parte de la información sensorial importante que conduce a una respuesta inmediata. Por el contrario, gran parte de los datos que recogemos se almacenan para un uso posterior bajo la forma de una regulación de la actuación motora o en los procesos mentales. Esta mayoría de datos se conserva en la corteza cerebral, aunque también la base del encéfalo y la médula espinal pueden almacenar pequeñas cantidades de información.

Se denomina memoria al almacenamiento de información. También las sinapsis contribuyen al mismo, pues cada vez que una determinada categoría de señales sensoriales atraviesan una serie de sinapsis, aumenta la capacidad de las mismas para transmitir dicho tipo de señales en una ocasión posterior. Es un proceso que se denomina facilitación. Si las señales sensoriales han pasado muchas veces por las sinapsis, éstas han quedado tan facilitadas que las señales generadas en el propio cerebro se transmiten impulsadas con la misma secuencia de sinapsis aunque no se hayan excitado los receptores y las aferencias sensitivas. La persona tiene la impresión de haber experimentado las sensaciones originales, aunque en realidad sólo se trata de recuerdos de las sensaciones anteriores.



https://kopher.wordpress.com/2010/10/10/procesamiento-de-la-informacion-y-memoria/
visto noviembre 2016

7. Filogenia. Evolución del cerebro y la conducta. Selección natural

El tejido especializado en el procesamiento de la información, la efectividad de su diseño la demuestra el hecho de los pocos cambios que han experimentado a los largo de millones de años (de hecho son extremofilas, por muy malas que sean las condiciones es muy probable que las bacterias sean capaces de sobrevivir en condiciones en las que cualquiera de nosotros seriamos incapaces de hacerlo). Pero, por otra parte su repertorio de acción es bastante limitado. La aparición de células eucariotas propició la aparición de organismos pluricelulares, instaurándose el reino animal de los Metazoos, auténticas comunidades solidarias de diferentes células con diferentes especializaciones Por ejemplo,
Células neuroepiteliales
Sensibles a estímulos táctiles o químicos que provocan que los poros de la superficie se abran o se cierren. Quizá no nos parezca una gran cosa, pero es una de las fases por las cuales todas las especies con sistema nerviosos han tenido que pasar en su historia filogenética.

Red nerviosa difusa
El siguiente paso proviene de las hidras: anemonas, corales y medusas (celentéreos) en las que ya se encuentra tejido nervioso junto con fibras musculares, glándulas y células sensoriales que constituyen una red nerviosa difusa integrada por células multipolares y bipolares distribuidas sin orden particular a lo largo de todo el cuerpo.
Aún no existe polaridad funcional (no hay axones ni dendritas) y los impulsos se transmiten en todas direcciones por igual. No existe todavía especialización regional por lo que un estímulo en cualquier punto puede desencadenar una acción de todo el sistema efector.
Aparecen en los celentéreos células neuroepiteliales sensibles a estímulos táctiles (mecanoreceptores), químicos (quimioreceptores, como los de nuestra mucosa olfativa) y electromagnéticos (fotoreceptores).
De nuevo afirmamos una vez más que este diseño aunque todavía sencillo perite comportamientos cada vez más sofisticados como es el caso de medusas y

anémonas con capacidad de movimiento, depredación y conducta agresiva y sexual.

Sistema ganglionar

Un nivel superior de organización es el ganglio masa neuronal compacta que favorece un contacto más rápido entre las células nerviosas y por tanto integrar mejor la información dando lugar a comportamientos más complejos. En el sistema ganglionar se aprecia una parte procesadora central y otra parte periférica constituida por los receptores sensoriales y los nervios a través de los cuales los ganglios reciben la información y la envían a los músculos y glándulas. Un ejemplo prototípico de esta organización la presentan los anélidos como las sanguijuelas o las lombrices de tierra.

Encefalización:

Los anélidos están constituidos en segmentos denominados metámeros. El tamaño de los ganglios no es igual en todos los metámeros ya que puede variar según su función, pero es que además en la filogenia se constata que en diversas ocasiones estos metámeros se han fusionado e integrado en estructuras más complejas lo que es particularmente notable si nos referimos a las partes anteriores del animal. Lo que quiera que sea que me bien me nutra o sea peligroso o sea susceptible de ser una pareja potencial lo he de percibir mejor si está delante de mí que a mi espalda ya que es la región de la realidad a la cual me dirige la locomoción.

A través del olfato el oído o la visión se concibe la posibilidad de recibir información sin entrar en contacto con la fuente estimular y es en esta parte del cuerpo donde se han ido alojando a lo largo de la filogenia estos receptores especializados. Los ganglios rostrales por lo tanto fueron mejorando progresivamente su capacidad de procesamiento, velocidad e integración y organización. A este proceso se le llama encefalización y a los ganglios rostrales ganglios cerebrales o encefálico.

8. Desarrollo del cerebro a lo largo de la vida

La evidencia científica muestra que el cerebro continúa su desarrollo hacia la edad adulta y no sólo durante los primeros años de vida. Es cierto que durante la niñez temprana hay un gran incremento de conexiones neuronales (sinápsis) y que el ritmo con que se establecen estas sinápsis disminuye con la edad. Igualmente, el ritmo de poda sináptica (eliminación de conexiones neuronales que se utilizan muy poco) es mayor durante la niñez, favoreciendo una mayor eficiencia de aquellas conexiones que permanecen. Sin embargo, estos dos procesos continúan realizándose hasta la edad

adulta, en especial en aquellas áreas del cerebro más necesarias para el aprendizaje, permitiendo que éste se pueda construir a lo largo de la vida.

También se sabe que hay períodos en la vida que son más sensibles para ciertos tipos de aprendizaje; por ejemplo, los niños aprenden con más facilidad a discriminar los sonidos de una lengua que los adultos, a quienes se les dificulta este aprendizaje en un idioma es a aquellos que no estuvieron expuestos durante la infancia temprana. Estos períodos, sin embargo, se refieren más a aquellos relacionados con funciones que involucran habilidades perceptuales, motrices y de memoria que se aprenden naturalmente en un ambiente apropiado. Por lo tanto, la gran mayoría de los aprendizajes se pueden adquirir a lo largo de la vida en ambientes con un estímulo y una enseñanza adecuados.

Neuronas espejo, vale mencionar que éste tipo específico de neuronas son importantes para comprender las acciones de otras personas, y para aprender nuevas habilidades por imitación. Algunos investigadores piensan que el sistema espejo podría imitar las acciones observadas y así enriquecer la teoría de las habilidades de la mente; Otros lo relacionan con las habilidades de lenguaje; también, se ha sugerido que las disfunciones del sistema espejo podrían ser la causa subyacente de algunos desórdenes cognitivos, tales como el autismo. Se están realizando investigaciones sobre todas estas posibilidades. Las neuronas espejo también se encargan de la empatía, ponerse en el lugar del otro.

Se ha hablado mucho de la importancia de la estimulación temprana para el desarrollo de las sinápsis y para el aprendizaje. Sin embargo, los resultados de los estudios dicen más acerca de los efectos negativos de un ambiente privado de estimulación que de los positivos de un ambiente enriquecido. Es por este motivo que los niños que han sido abandonados o descuidados muestran retardos o déficits en su desarrollo cognoscitivo. Hay evidencia, por lo tanto, que los ambientes empobrecidos inhiben el desarrollo neuronal pero no que los enriquecidos lo realzan. Se puede esperar, por consiguiente, que niños que han crecido en un ambiente propicio tengan también buenas potencialidades para aprender.

Durante la adolescencia el cerebro presenta un desarrollo importante, sobre todo en las zonas donde se llevan a cabo los procesos cognoscitivos más complejos, la corteza temporo-parieto-occipital y la corteza prefrontal. En estas regiones cerebrales la poda neuronal no se inicia hasta la pubertad. Además, durante esta etapa también hay un aumento de la mielinización en estas zonas del cerebro. La mielinización es un proceso mediante el cual las fibras nerviosas se recubren de una sustancia lípida llamada mielina, permitiendo una mayor velocidad en la comunicación de la información. Al mejorar la eficiencia de la comunicación neuronal se favorecen los procesos

cognoscitivos más complejos y es por eso que durante la pubertad se comienza a desarrollar el pensamiento formal más abstracto. Durante los años de la adolescencia, por lo tanto, se presenta una reorganización del cerebro. Puesto que el cerebro se sigue desarrollando durante esta etapa, es importante continuar hacia la educación secundaria y superior con el fin de moldearlo hacia un funcionamiento más eficaz.
El cerebro continúa su desarrollo durante la edad adulta. A medida que se aumenta en edad, sin embargo, se hace menos plástico y se pierden neuronas a un ritmo mayor. Sin embargo, todavía no se comprenden bien los efectos que esta pérdida tiene sobre el aprendizaje. Por otro lado, hay evidencia de neurogénesis (reproducción de neuronas) en un sector del cerebro, el hipocampo, área de gran importancia para el aprendizaje y la memoria. La plasticidad del cerebro a lo largo de la vida adulta sugiere que está bien diseñado para el aprendizaje continuado y la adaptación a situaciones y experiencias nuevas. Los nuevos aprendizajes y adaptaciones pueden estimular cambios significativos en la estructura cerebral.
Podemos concluir que los seres humanos tenemos la posibilidad de aprender a lo largo de toda nuestra vida. Igualmente, el cerebro se desarrolla continuamente gracias a su plasticidad, en condiciones normales de salud. Tenemos que aprovechar esta gran potencialidad no sólo en los niños sino también en nosotros como adultos.

Corteza Cerebral

Desde la filogenética el sistema nervioso humano ha evolucionado en tres etapas (que tienen una correspondencia idéntica con el desarrollo embriológico). Cada una de las etapas, se puede observar a modo de una excavación arqueológica en la que van apareciendo los distintos estratos de forma ordenadamente cronológica.

La naturaleza no ha desechado ninguna de estas estructuras, sino que muy por el contrario, ha ido añadiendo las nuevas sobre las ya existentes, manteniendo siempre la función básica de las primeras y estableciendo una serie de relaciones entre ellas que han permitido la capacidad de adaptación y de respuesta que hoy en día presentamos.

Estos tres cerebros, tal como los describió Maclean, están interconectados entre sí por nervios, poseen su propia subjetividad, su propia noción espacio-temporal, menor e inteligencia.

Existen:

1. Un paleo-cerebro ofídeo o reptil con cerebelo y médula espinal

2. Un segundo paleo-cerebro, esta vez paleo-mamífero o límbico.

3 Un único cerebro neo-mamífero con un neocórtex mucho más Desarrollado que en el cerebro paleo-mamífero.

Según MacLean, no es cierto que el neocortex domine a los otros cerebros, pues en muchas ocasiones, el cerebro límbico toma el control del sistema.

Conclusiones

El sistema nervioso es de suma importancia, ya que en este se regulan y conduce el funcionamiento de todos los órganos del cuerpo.

Este sistema, está formado por el sistema nervioso central y el sistema nervioso periférico, el funcionamiento de esto es de gran importancia ya que ponen en funcionamiento millones de neuronas de nuestro cuerpo para poder realizar diferentes acciones.

Se debe mencionar la gran importancia de la actividad de los centros cerebrales, ya que esto implica la exclusividad, es decir, cada centro cumple con una función predominante, pero interviene también en otras.

Si bien, las células nerviosas dañadas no se recuperan, sí pueden recuperarse algunas funciones, debido a que la concurrencia de diversos centros para una misma función lo hace posible cuando las alteraciones son limitadas.

La diferencia existente entre hombre y animal, se basa en el poder que tiene el hombre para abstraer, inventar símbolos y tener un lenguaje articulado.

Las máquinas cibernéticas pueden aprender, recordar, calcular. Son inferiores con relación al hombre, pues sólo hacen esas operaciones ante un solo problema, ellas no pueden programarse a sí mismas, mientras que el hombre conserva sus recuerdos y es capaz de programar dichas máquinas.

El sistema nervioso del cuerpo humano es el encargado de enviar, recibir y procesar los impulsos nerviosos y como también el funcionamiento de todos los músculos y órganos de nuestro cuerpo depende de estos impulsos. Tres sistemas trabajan conjuntamente para llevar a cabo esta misión: el Sistema Nervioso Central, el Sistema Nervioso Periférico y el Sistema Nervioso Autónomo.

El gran sistema nervioso central es el encargado de emitir impulsos nerviosos y analizar los datos sensoriales para obtener respuestas solo de forma sensorial.

Referencias

Luisi, A. (2013). Neuroanatomía y neurofisiología.

De la Barrera, M. L., & Donolo, D. (2009). Neurociencias y su importancia en contextos de aprendizaje. Volumen 10.

http://www.investigacionyciencia.es/revistas/mente-y-cerebro/suscripcion
visto el 12 octubre de 2016.

http://blog.numerosyletras.com/2010/03/desarrollo-del-cerebro-a-lo-largo-de-la-vida/
Visto el 12 de octubre de 2016.

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

Neurofisiología y psicopatología

UNIDAD Nº II

Neurofisiología

WWW.IPLACEX.CL

Introducción

En la actualidad, existen en desarrollo varios fenómenos que tienen un impacto social. Por un lado existe un incremento en la expectativa de vida de la población, hay un aumento en la frecuencia de enfermedades que aparecen en edades avanzadas. Por otro lado el uso de aparatos autónomos, que funcionan por si solos y resuelven nuestras necesidades. El aprovechamiento del tiempo, las exigencias profesionales, laborales, académicas. Hay un envejecer sano y otro patológico, pero los límites entre ambos no son demasiado claros y, a veces, es muy difícil determinar dónde comienza uno y acaba el otro. El primero permite a la persona llegar hasta una edad avanzada con un pleno uso de sus facultades mentales, mientras que el segundo no; sin embargo, incluso en el primer caso, se presentan anormalidades en la diversidad de habilidades cognitivas y mentales, y, quizás también, funcionales.

Se han detectado funcionamientos neurológicos no adecuados, mejorables, como por ejemplo el `Síndrome por déficit atencional, dentro de la gama de trastornos del aprendizaje. Seguramente existen desde hace mucho tiempo, sin embargo hoy en día son tratables y pueden mejorar la calidad de vida de las personas.

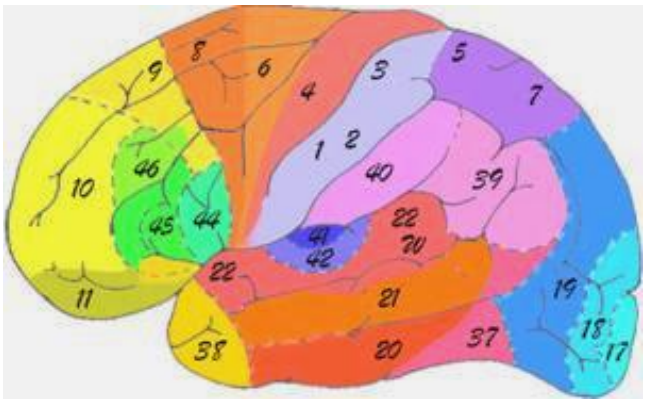
Por otra parte ha quedado atrás el concepto de que la memoria era una simple impresión de huellas que se conservaban y se reanimaban o reproducían de acuerdo con la necesidad. Actualmente, se sabe que es un sistema funcional complejo, activo por su carácter, que se despliega en el tiempo en una serie de escalones sucesivos y que se organiza en diferentes niveles. La memoria se refiere a las experiencias y la información que recordamos. Como proceso de retención de las experiencias aprendidas, está involucrada en todas las actividades mentales

1. Trastornos neurofisiológicos
2. Memoria
3. Sueño
4. Emoción
5. Aprendizaje

DESARROLLO

9. Localizaciones funcionales

Áreas de Brodman. Brodman en 1878, realizó un mapeo histológico del córtex cerebral, dividiéndolo de acuerdo a la citoarquitectura en 52 áreas diferentes. Cada área tiene una citoarquitectura o distribución neuronal característica. Así, se comprobó lo siguiente:



AREA	FUNCIÓN	
1,2,3	**Área somestesicas o Áreas de la sensibilidad general**	Se localiza en el giro post-central Se encarga de recibir todas las sensaciones táctiles, articulares y musculares del lado contra lateral del cuerpo. Su estimulación provoca omezón, entumecimiento y novimiento sin haber esplazamiento real. Los daños a esta área roducirán confusiones en la percepción táctil del individuo (temperatura, presión, dolor, tacto)
4	**Área motora voluntaria**	Se localiza en el giro pre central. Es el área de proyección que controla la motricidad voluntaria el lado contra lateral del cuerpo. Su estimulación provoca novimientos contra laterales iscretos y limitados a una sola

		rticulación o músculo. Estructuras cerebrales.
5 Y 7	**Área psicosomestesica (Área sensitiva secundaria)**	Es un área de asociación ubicada detrás del giro postcentral, es ecir, en pleno lóbulo parietal Su función corresponde a los lovimientos voluntarios dirigidos hacia un destino en relación con la integración de los estímulos visuales.
6	**Área motora suplementaria**	Se denomina también: Área Motora Suplementaria o Área Motora Extrapiramidal. Controla los movimientos sociados que acompañan los movimientos voluntarios. Su función es la de organizar los movimientos que se originarán o aquellos donde intervendrán s estímulos visual, táctil o uditivo.
9, 10, 11 Y 12	**Área prefrontar (Asociación terciaria)**	Esta corteza se relaciona en general con los procesos mentales uperiores de pensamiento, tales omo el juicio, la voluntad o el razonamiento. Tiene extensas conexiones ecíprocas con el núcleo orsomediano del tálamo y con otras reas corticales del sistema límbico e hipotálamo.
17	**Área visual**	Corresponde al giro calcarino en la orteza. Esta área tiene una organización histológica muy semejante a la retina o membrana sensorial del ojo. La función principal de estas áreas es fusionar la información que viene de ambos ojos (visión binocular) y analizar la información respecto de la orientación de los estímulos en el campo visual.
18, 19	**Área psicovisual**	Corresponde a las áreas 18 y 19, además existen otras áreas de asociación como el giro angular, corteza del lóbulo temporal (20 y

		21), que analizan aspectos más complejos de la información. Al igual que la Corteza Visual Primaria se organiza a nivel retino tópico. Su estimulación evoca alucinaciones visuales realistas.
39 Y 40	**Área del esquema corporal (Asociación terciaria)**	En estas áreas se produce la integración de la información, lo que permite la percepción de la forma, textura, tamaño, y la identificación de un objeto. Estas áreas tienen abundantes y desarrolladas conexiones recíprocas con el pulvinar del tálamo. Las lesiones del área 40 producen Agnosia Táctil.
41 Y 42	**Área auditiva**	Se localiza en los giros transversales (Heschl) de la corteza temporal. En esta área termina la radiación auditiva proveniente del núcleo geniculado medial del tálamo, la que está tono tópicamente organizada. La función de esta área es detectar los cambios de frecuencia y de localización de la fuente sonora. Luego la información se dirige al área auditiva secundaria.
22 y 42	**Área psicoauditiva**	Se relaciona con la comprensión del lenguaje oral. En esta área se sigue procesando la información auditiva, proveniente de la corteza auditiva primaria. Luego la información pasa a una área asociativa superior (área 22), la que es fundamental para interpretar los sonidos asociados a la comprensión del lenguaje hablado.
43	**Área del gusto**	Al parecer, la encontramos en la porción posterior de la Insula o Isla de Reil. Sus funciones parecen incluir en mayor medida las de la sensación del equilibrio.

44 Y 45	**Área de broca**	Se denominan Área de Broca. Sus funciones son las de comprender y articular el lenguaje hablado y escrito. Cabe destacar que la función del lenguaje sólo se concentra en el hemisferio derecho.
22,39y40	**Área de wernicke**	Región de la corteza asociativa auditiva en el lóbulo temporal izquierdo de los humanos. Es importante para comprensión de palabras y la producción de discursos significativos. La afasia de Wernicke, que es provocada por un daño en esta área, da como resultado un discurso fluido pero carente de significado.
23, 24, 29, 30, 35, 28	**Área límbica**	Presenta estrategias de comportamiento relacionadas con los instintos y las emociones, y comprende una serie de estructuras del córtex que rodean el cuerpo calloso. Estas estructuras forman parte del sistema límbico (limbo=anillo). Todo esto corresponde a corteza antigua, es mesocortex.

http://neuroiberofono.blogspot.cl/2013/11/areas-de-brodman-brodman-en-1878.html
Visto 18 noviembre 2016

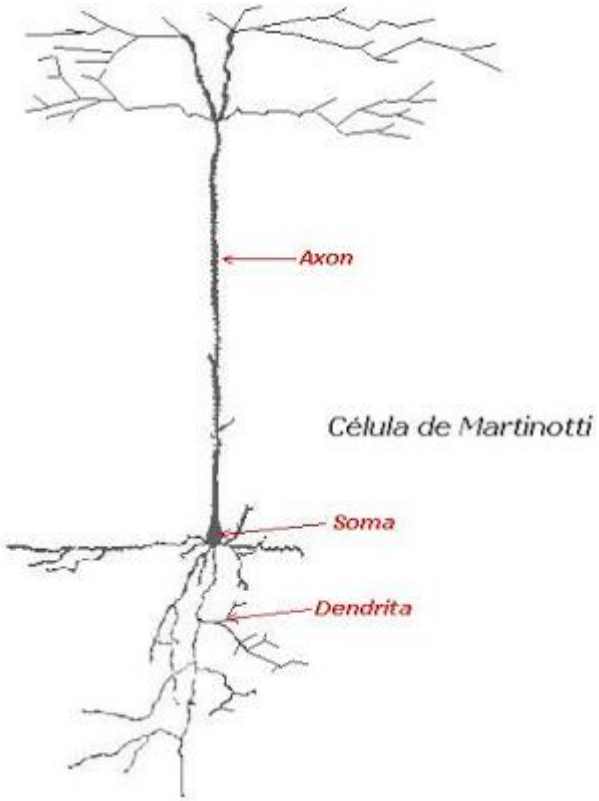
9.1 Áreas Primarias y Áreas de Asociación. Neocorteza.

La corteza cerebral forma un revestimiento completo del hemisferio cerebral. Está compuesto por sustancia gris y contiene aproximadamente 10.000 millones de neuronas. El área de superficie de la corteza está aumentada por su plegamiento en circunvoluciones separadas por cisuras o surcos. El espesor varía de 1,5 a 4,5 mm. Es más gruesa sobre la cresta de una circunvolución y más delgada en la profundidad del surco. La corteza cerebral al igual que la sustancia gris de cualquier otro sitio del SNC

consiste en una mezcla de células nerviosas, fibras nerviosas, neuroglia y vasos sanguíneos.

Células nerviosas de la neocorteza

1. Células piramidales: llevan ese nombre por su forma. La mayoría tienen un diámetro de 10 a 50 mm pero también hay células piramidales gigantes conocidas como células de Betz cuyo diámetro puede ser hasta de 120 mm. Se encuentran en la circunvolución precentral motora.
2. Células estrelladas: a veces llamadas granulosas, son pequeñas, 8 mm y tienen forma poligonal.
3. Células fusiformes: tienen su eje longitudinal vertical a la superficie y están concentrados principalmente en las capas corticales más profundas. El axón se origina en la parte inferior del cuerpo celular y entra en la sustancia blanca como fibra de proyección, asociación o comisural.
4. Células horizontales de Cajal: son pequeñas células fusiformes orientadas horizontalmente que se hallan en las capas más superficiales de la corteza.
5. Células de Marinotti: son pequeñas células multiformes presentes en todos los niveles de la corteza.



Las células de Martinotti son neuronas multipolares con dendritas arborescentes cortas. Se encuentran diseminadas a través de varias capas de la corteza cerebral, enviando sus axones hasta la capa molecular (cortical) I donde los mismos forman arborizaciones axónicas (ramificación horizontal de los teledendrones).
https://sites.google.com/site/cerebrohumanoycalculoracional/el-cerebro-humano/estructura-cerebral/neocorteza/corteza-cerebral-y-areas-funcionales
Visto 18 Noviembre 2016

9.2 Asimetría cerebral. Lateralizaciones.
En la actualidad está perfectamente establecido que la dislexia, condición que perdura a lo largo de la vida del sujeto, está motivada por un desorden de naturaleza cerebral. Una forma de considerar si los trastornos severos en la lectura están motivados por déficit en el funcionamiento cerebral es el estudio de una de las características básicas del sistema nervioso, esto es, su carácter asimétrico. Es aceptada, aunque con matices, la idea de que los lectores normales presentan un patrón de especialización hemisférica caracterizado por la lateralización del lenguaje al hemisferio izquierdo mientras que el control de las funciones espaciales sería responsabilidad del hemisferio derecho.
Un acercamiento experimental válido podría ser,comparar a lectores normales y disléxicos en el patrón de asimetría cerebral que muestran. Sin embargo, los distintos estudios realizados presentan resultados dispares muchas veces difíciles de aunar. Han sido varias las explicaciones que se han formulado a la hora de explicar esta variabilidad en los resultados. Una primera causa sería la falta de una definición consensuada sobre la dislexia.
9.3 Funciones ejecutivas.
Las **funciones ejecutivas** son habilidades cognitivas encubiertas y autodirigidas internamente al servicio de una meta. Anatómicamente, los estudios por neuroimagen las ubican en el lóbulo prefrontal. Dirigen nuestra conducta (autorregulación) y nuestra actividad cognitiva y emocional.

Estructuras del sistema nervioso central.
Cerebelo
Presenta pliegues en su superficie y la sustancia gris de su parte cortical penetra en el interior de la blanca, formando arborizaciones llamadas "árbol de la vida"; entre sus dos hemisferios se interpone una pequeña eminencia que recuerda un gusano llamada vermix. Dentro del cerebelo, los núcleos cerebelosos de sustancia gris y dentro del cerebro los núcleos talámicos, caudado y lenticular de sustancia gris.
Encéfalo
Al contrario de la médula espinal, el encéfalo está compuesto por un centro de sustancia blanca rodeado por una cobertura exterior de sustancia gris. Sin embargo algunas masas importantes de sustancia gris se ubican profundamente dentro la sustancia blanca.

La sustancia blanca situada por debajo de la corteza está formada por axones mielinizados que se extienden en tres direcciones principales:

Médula espinal

Es la región más caudal del sistema nervioso central, de forma cilíndrica, alojada en el conducto raquídeo entre el borde superior del atlas hasta el borde inferior de la segunda vértebra lumbar. Actúa como un centro reflejo, además de servir como una estructura a través de la cual transcurren haces aferentes que llevan información hacia centros superiores, así como haces eferentes que conducen información de los centros superiores hacia la motoneurona inferior.

Tallo o tronco cerebral

Uniendo la médula espinal y el cerebro está el tallo cerebral o tronco encefálico, de unos 7,5 cm. de longitud.

Esta estructura contiene centros que regulan varias funciones vitales para la supervivencia, entre las que se incluyen los latidos del corazón, la respiración, la presión sanguínea, la digestión y ciertas acciones reflejas, como tragar y vomitar. Además, es el encargado de estimular la función reticular (del ojo) que mantiene al cerebro despierto y alerta, controlar el sueño, regular los reflejos originados en la médula espinal y mantener el tono muscular y la postura -que es la rigidez o tensión muscular que nos permite mantener la espalda erguida o en posición vertical mientras estamos de pie o sentados.

El mesencéfalo

Está atravesado en todo su trayecto por un canal angosto denominado acueducto de Silvio que es el puente de unión o comunicación del cuarto ventrículo (cara posterior de protuberancia y bulbo) con el tercer ventrículo situado en el cerebro.

Bulbo raquídeo

Su supresión causa la muerte inmediata, El bulbo raquídeo es la porción cónica del tallo o tronco encefálico que se extiende desde la protuberancia, por arriba, hasta la médula espinal, por abajo.

Posee núcleos que controlan centros vitales que regulan la frecuencia cardíaca, respiratoria y calibre de los vasos sanguíneos

También coordina respuestas reflejas no vitales como la tos, estornudo, vómito e hipo. Contiene los núcleos que dan origen a los nervios craneales VIII al XII par (auditivo o vestíbulo coclear, glosofaríngeo, vago o neumogástrico, espinal, hipogloso)

Los núcleos vestibulares participan en la manutención del equilibrio.

La Formación Reticular que también forma parte del Puente, Mesencéfalo y Diencéfalo (tálamo e hipotálamo) desempeña funciones en los estados de sueño y vigilia.

Protuberancia anular

El tallo encefálico se ensancha formando una porción llamada protuberancia o puente. Se llama así porque las capas superficiales del tallo encefálico, en este nivel, están

compuestas por fibras nerviosas cruzándose entre los dos hemisferios del cerebelo. Estas se adosan a la cara anterior del tallo encefálico y cubren los centros regionales y las vías largas. Esta es una masa nerviosa situada anteriormente, encima del bulbo, del cual está separada por el surco bulboprotuberancial. Se llama **puente** de Varolio porque sus fibras superficiales parecen unir simplemente los dos hemisferios cerebelosos. Uniendo la médula espinal y el cerebro está el tallo cerebral o tronco encefálico, de unos 7,5 cm. de longitud.

Esta estructura contiene centros que regulan varias funciones vitales para la supervivencia, entre las que se incluyen los latidos del corazón, la respiración, la presión sanguínea, la digestión y ciertas acciones reflejas, como tragar y vomitar. Además, es el encargado de estimular la función reticular (del ojo) que mantiene al cerebro despierto y alerta, controlar el sueño, regular los reflejos originados en la médula espinal y mantener el tono muscular y la postura -que es la rigidez o tensión muscular que nos permite mantener la espalda erguida o en posición vertical mientras estamos de pie o sentados.

Centro funcional: La protuberancia es el centro de la estación; sin este órgano, el animal no puede quedarse sobre cuatro patas y cae inmediatamente. Además, es un centro de asociación que interviene en las emociones y determina los fenómenos fisiológicos que las acompañan como la aceleración del pulso, de la respiración, etc.

Di encéfalo

El di encéfalo es una estructura situada en la parte interna central de los hemisferios cerebrales. Se encuentra entre los hemisferios y el tronco del encéfalo, y a través de él pasan la mayoría de fibras que se dirigen hacia la corteza cerebral.

El di encéfalo se compone de varias partes: tálamo, hipotálamo, subtálamo y epitálamo.

El tálamo está formado por dos cuerpos ovoides de 3 cm. de largo y aproximadamente 1,5 cm. de espesor, que se asienta en la profundidad de cada hemisferio cerebral. El tercer ventrículo separa entre sí ambos tálamos, aunque éstos permanecen unidos gracias a un puente de tejido talámico denominado masa intermedia, que se extiende entre ambos. Los tálamos son masas de sustancia gris, por lo que contienen cuerpos neuronales y numerosas conexiones sinápticas. Desde un punto de vista funcional, el tálamo es una estación de relevo sensitivo. Los impulsos nerviosos hacen una escala a nivel talámico, estableciendo sinapsis antes de proseguir su recorrido hacia el córtex cerebral. El tálamo constituye también un centro sensitivo primitivo que sirve para registrar un tipo de sensación generalizada e imprecisa.

El hipotálamo se localiza, como su nombre indica, debajo del tálamo. Presenta una gran variedad de funciones, algunas de ellas bastante insólitas. Por ejemplo, produce como mínimo dos hormonas (oxitócica y vasopresina) y contiene centros que regulan la actividad de la hipófisis anterior, el sistema nervioso autónomo, la temperatura corporal y la ingesta de agua y alimentos. Además, el hipotálamo se relaciona con el estado de vigilia y la sensibilidad emocional. En animales de laboratorio, como el gato, la liberación

de la influencia inhibidora que ejerce sobre el hipotálamo la corteza cerebral origina la aparición de estallidos de violencia ante la más pequeña provocación.
El subtálamo está delante del tálamo y al lado del hipotálamo, su función principal se relaciona con el movimiento corporal. Las vías neuronales que lo atraviesan van hacia el tálamo, el cerebelo y los ganglios básales.
El epitálamo se sitúa en la parte posterior del di encéfalo, al lado del mesencéfalo. Está formado por la glándula pineal o epífisis y los núcleos de la habénula. La epífisis es una glándula endocrina que segrega la hormona de la melatonina, esta secreción está relacionada con la cantidad de luz solar existente, a más luz más se segregará. La habénula tiene la función de favorecer la comunicación entre el sistema límbico y la formación reticular.
Hemisferios cerebrales
Los hemisferios cerebrales están separados por una profunda cisura sagital en la línea media, la cisura longitudinal cerebral. La cisura contiene el pliegue con forma de hoz de la duramadre, la hoz del cerebro y los vasos cerebrales anteriores. En la profundidad de la cisura una gran comisura, el cuerpo calloso, conecta a los hemisferios a través de la línea media. Un segundo pliegue de duramadre separa a los hemisferios cerebrales del cerebelo y se denomina tienda del cerebelo.
Para aumentar el área de superficie de la corteza cerebral al máximo, la superficie de cada hemisferio cerebral está plegada formando circunvoluciones que están separadas por surcos o cisuras. Para facilitar la descripción es costumbre dividir a cada hemisferio en lóbulos que se denominan de acuerdo con los huesos craneales debajo de los cuales se ubican. Las cisuras central y parietooccipital y las cisuras laterales y calcarina son límites usados para la división de los hemisferios cerebrales en lóbulos frontales, parietales, temporales y occipitales.

Núcleos basales (ganglios basales)
El término núcleos basales se aplica a un conjunto de masas de sustancia gris situado dentro de cada hemisferio cerebral. Se trata del cuerpo estriado, el cuerpo amigdalino y el ante-muro (claustrum).
Cuerpo estriado
El cuerpo estriado se ubica por fuera del tálamo. Está casi totalmente dividido por una banda de fibras nerviosas, la cápsula interna, en el núcleo caudado y el núcleo lentiforme.
Hacia abajo en su extremo anterior, el núcleo lenticular se continúa con la cabeza del núcleo caudado.
En pocas palabras puede decirse que el cuerpo estriado recibe fibras aferentes desde diferentes áreas de la corteza cerebral, tálamo, subtálamo y tronco encefálico. Luego fibras eferentes van nuevamente hacia las mismas áreas del sistema nervioso. La función del cuerpo estriado está vinculada con el movimiento muscular, que ahora se cree que

ocurre por control de la corteza cerebral más que a través de vías descendentes directas hacia el tronco encefálico y la médula espinal.
Cuerpo amigdalino
El cuerpo amigdalino se ubica en el lóbulo temporal cerca del uncu. El cuerpo amigdalino se considera parte del sistema límbico.

Modelo de intersección entre neurociencias y psicoanálisis.

El fenómeno de la plasticidad demuestra que la experiencia deja una huella en la red neuronal, al tiempo que modifica la eficacia de la transferencia de información a nivel de los elementos más finos del sistema. Es decir que más allá de lo innato y de cualquier dato de partida, lo que es adquirido por medio de la experiencia deja una huella que transforma lo anterior. La experiencia modifica permanentemente las conexiones entre las neuronas; y los cambios son tanto de orden estructural como funcional. El cerebro es considerado, entonces, como un órgano extremadamente dinámico en permanente relación con el medio ambiente, por un lado, y con los hechos psíquicos o los actos del sujeto, por otro.

10. Emoción y Memoria

1) Concepto de emoción y sentimiento.

Definición de sentimiento. Un sentimiento es un estado del ánimo que se produce por causas que lo impresionan, y éstas pueden ser alegres y felices, o dolorosas y tristes. El sentimiento surge como resultado de una emoción que permite que el sujeto sea consciente de su estado anímico.

2) Las emociones como respuesta: tipos.

Las emociones constituyen la porción afectiva o de la forma de sentir de la mente humana. Esta porción corresponde a las reacciones sentimentales, pasionales y emotivas que la mente genera en respuesta a las creencias, los pensamientos y evaluaciones que la mente hace de distintas experiencias. Los pensamientos pueden ser adaptativos y funcionales pero también pueden volverse rígidos y disfuncionales. Las emociones tienen un componente Fisiológico se trata de procesos involuntarios como el tono muscular, la respiración, secreciones hormonales, presión sanguínea, etc., que involucran cambios en la actividad del sistema nervioso central y autónomo, así como cambios neuroendocrinos y neuromoduladores.

La mente produce una cantidad considerable de pensamientos que se desarrollan desde las creencias y que a su vez realimentan esas creencias, fortaleciéndolas o debilitándolas de acuerdo a la evidencia que aparece a través de la experiencia. De esta forma, una creencia rígida y disfuncional debería debilitarse con el tiempo y en contraste con la experiencia que la desmiente, modificar la respuesta emocional asociada.

Existen sin embargo, algunos patrones disfuncionales de pensamiento, que se desarrollan desde y que a su vez alimentan creencias mal adaptativas que generan disfunción emocional en las personas. Estos patrones se conocen como distorsiones cognitivas. Existen diferentes tipos de patrón disfuncional, pero todos se caracterizan por su rigidez, inadaptabilidad, reiteración y descontextualización. Algunos de esos tipos disfuncionales de pensamiento son:

Personalización: Se considera que toda experiencia está relacionada con uno mismo.

Sobre Generalización: Se hacen generalizaciones muy amplias que agrupan elementos no relacionados.

Polarización o Dicotomía: Se evalúan las situaciones, cosas y personas como absolutamente buenas o absolutamente malas.

Abstracción Selectiva: Se percibe un solo tipo de elemento y se infiere una condición general a partir de este.

Racionamiento Emocional: Se cree que las emociones son argumentos racionales.

Catastrofismo: Se piensa que toda situación tendrá un resultado catastrófico.

Debería: Se cree situaciones, personas y cosas deben ser y comportarse de cierta forma, sin alternativas.

Adivinación: Se imagina que se puede saber lo que la gente piensa, siente y lo que sucederá en el futuro.

Etiquetado: Se considera que existen clases o categorías de situaciones, personas o cosas y que no hay lugar para variaciones individuales.

Inteligencia Emocional

Se refiere a un tipo particular de inteligencia que permite a las personas identificar, definir, manejar e influenciar voluntariamente las emociones propias y ajenas. La inteligencia emocional define la posibilidad de controlar las reacciones emocionales y confiere un sentido claro del

clima emocional de una situación. La habilidad para reconocer las emociones y sus combinaciones circunstanciales, así como los posibles resultados de un curso de acción en respuesta a una u otra emoción, se constituye en una de las mayores oportunidades de las personas que poseen una inteligencia emocional desarrollada.

11.El miedo: neuroanatomía y neurofisiología. La conducta agresiva.

El mecanismo que desata el miedo se encuentra, tanto en personas como en animales, en el cerebro, concretamente en el sistema límbico, que es el encargado de regular las emociones, la lucha, la huida y la evitación del dolor, y en general de todas las funciones de conservación del individuo y de la especie. Este sistema revisa de manera constante (incluso durante el sueño) toda la información que se recibe a través de los sentidos, y lo hace mediante la estructura llamada amígdala cerebral, que controla las emociones básicas, como el miedo y el afecto, y se encarga de localizar la fuente del peligro. Cuando la amígdala se activa se desencadena la sensación de miedo y ansiedad, y su respuesta puede ser la huida, la pelea o la rendición. Recientemente se ha encontrado que la sensación de miedo está mediada por la actuación de la hormona vasopresina en la amígdala cerebral y que la del afecto lo está a la de la hormona oxitocina también en la amigdala.

Adolescencia: Amigdala y miedo (Aaron)

La adolescencia es una fase crucial en el desarrollo de los circuitos neuronales relacionados con el comportamiento y la afectividad, aunque los especialistas tratan de desentrañar cómo la estructura cerebral influye en la actitud de los jóvenes problemáticos. Ahora, investigadores australianos y estadounidenses han identificado regiones del encéfalo cuya forma y tamaño están directamente relacionados con la agresividad típica de esta etapa de la vida, en la que suelen surgir conflictos familiares, sobre todo con los padres. Los resultados del estudio, dirigido por el Centro de Neuropsiquiatría de la Universidad de Melbourne y publicado en «PNAS», sugieren que los adolescentes con mayores amígdalas se enfrentan con más agresividad a sus progenitores. Al revisar los datos obtenidos, con 137 voluntarios adolescentes, concluyeron que existe una relación directa entre la forma y el volumen de varias partes del cerebro y la agresividad.

11. Psiconeurobiología de los estados de ansiedad.

Es una respuesta de sobrevivencia que activa nuestro sistema hormonal y nervioso para poder escapar o hacer frente a una situación que es leída como una **amenaza**. El problema surge en que el sistema nervioso en caso que el individuo no discrimine las situaciones reales de las

imaginarias, generando ansiedad crónica o patológica. Un sujeto con exceso de ansiedad, se sentirá invadido por una sensación de irrealidad, sensación de estar fuera de la situación, temor a perder el control, conocimiento o enloquecer. Es decir, se desencadenan fuertes estados de estrés y éstos a su vez, generan depresión o bien, se gatillan síntomas y enfermedades fisiológicas. Aunque también es frecuente la ingesta de comida en forma desmesurada, la ansiedad no se reconoce como una enfermedad ni como una reacción inadecuada.

5) Memoria

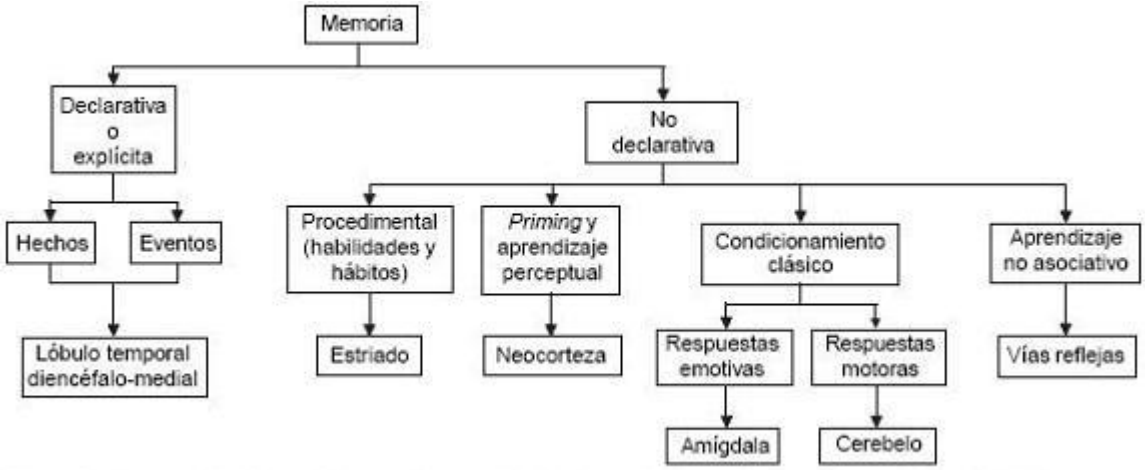


Figura 1. Taxonomía de los sistemas de memoria de largo plazo en los mamíferos (Squire, 2004)

12. El sueño

Concepto de reloj biológico. Neuroanatomía y neurofisiología.

A esta altura resulta claro que los ritmos biológicos son fenómenos universales. Efectivamente, ocurren en todos los niveles de organización que 22 DA Golombek y RE. Rosenstein. Physiol Rev, 2010. 30 Dossier se estudien: desde el nivel molecular hasta niveles sociales, pasando por supuesto por ritmos a nivel del organismo como un todo. Es más: los ritmos biológicos también ocurren en todas las especies estudiadas, sean procariontes o eucariontes, plantas o animales. Esta generalización es relativamente reciente: hasta finales del siglo XX no se habían caracterizado los ritmos en bacterias, un hecho hoy ya bien conocido. Esta generalización de los mecanismos de los ritmos biológicos se aplica también a las bases moleculares de la cronobiología. Efectivamente, en los últimos años se ha descubierto que el mecanismo íntimo a nivel genético que produce la ritmicidad circadiana es marcadamente similar en organismos tan

diversos como moscas, hongos y mamíferos. Es más, entre los insectos y los mamíferos el grado de homología entre los componentes genéticos involucrados es asombrosamente alto. Esto señala no sólo la importancia de estos mecanismos sino también, y muy especialmente, a la antigüedad de los ritmos biológicos endógenos en términos evolutivos. El hecho de haberse adaptado a un planeta con características periódicas tan marcadas seguramente imprimió en el genoma de los organismos más primitivos, mecanismos cronobiológicos que han sido tan exitosos, que se mantienen hasta nuestros días.

1) Estados psicobiològicos de la conciencia consiste en estados y procesos internos, cualitativos y subjetivos de sensación o alerta. La conciencia, así definida, comienza cuando nos despertamos en la mañana después de no haber tenido sueños y continúa hasta que nos quedamos dormidos nuevamente, morimos, entramos en coma o de alguna otra manera nos volvemos **inconscientes**. Incluye toda la enorme variedad de estados de alerta que consideramos característicos de nuestra vida mientras estamos despiertos. Incluye todo desde sentir dolor hasta percibir objetos visualmente, estados de ansiedad y depresión, resolver crucigramas, jugar ajedrez, tratar de recordar, discutir sobre política o simplemente desear ser alguien más. Los sueños, bajo esta definición, son formas de conciencia, aunque naturalmente son en muchos aspectos bastante diferentes de la conciencia durante la vigilia.

2) Atención: El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TOAH) es la condición neurobiológica más prevalente en niños y adolescentes, asociada a importante impacto funcional, personal, familiar y social. La evidencia científica actual provee de fundamentos sólidos acerca de sus bases neurobiológicas: alta heredabilidad, identificación de varios genes implicados en su etiología; perfil neuropsicológico con evidencias de disfunción ejecutiva, desregulación motivación/recompensa, déficits en activación; alteraciones estructurales y de funcionamiento de la corteza prefrontal (CPF) y sus conexiones con el striatum y cerebelo; desbalances de los sistemas dopaminérgico y noradrenérgico, blancos de los tratamientos farmacológicos. En esta revisión se destaca los aportes de las aproximaciones multidisciplinarias.

genética/neuropsicológica/imágenes funcionales) para la comprensión de esta condición heterogénea, que se conceptualiza hoy como multifactorial en su origen y con múltiples procesos fisiopatológicos subyacentes. La activa investigación en curso, acerca la posibilidad de contar con marcadores biológicos para el diagnóstico de TDAH y con información gen ética de valor para la elección de fármacos de mayor efectividad y menos efectos adversos.(AU)

Sistema dopaminérgico.

Todas las sustancias psicoactivas con alto potencial de abuso se caracterizan por alterar la función del sistema de neurotransmisión dopaminérgico mesocorticolímbico. La ingesta aguda de drogas provoca un aumento de los niveles de dopamina extracelular que, en individuos vulnerables, puede significar el inicio del proceso adictivo. El consumo crónico se acompaña de una disminución de la función dopaminérgica con desarrollo de cambios neuroadaptativos en las vías mesolímbicas y mesocorticales. En el córtex prefrontal, los cambios en la función dopaminérgica pueden producir un desequilibrio entre los receptores D1 y D2, con un predominio de las funciones inhibitorias de esta estructura. La inervación dopaminérgica de la amígdala y su interacción con el núcleo accumbens desempeña un papel esencial en el condicionamiento de estímulos ambientales, capaces de desencadenar el deseo de consumo y la recaída.

13. Trastornos afectivos, ejemplo fisiológico

Cuadro 1. Correspondencia entre los vectores de la vitalidad y las dimensiones depresivas

Vector de la vitalidad	Dimensión depresiva
Estado de ánimo	Humor anhedónico
Impulso de acción	Anergia
Sintonización interpersonal y espacial	Discomunicación
Regulación de los ritmos	Ritmopatía

3) Hipótesis monoaminérgica

Numerosos estudios han puesto de manifiesto una relación inversa entre la actividad física y los niveles de depresión en ancianos. Han sido propuestos distintos mecanismos, tanto fisiológicos como psicológicos, para explicar este fenómeno. En el presente trabajo, se comparan los niveles

de depresión y satisfacción de tres muestras de sujetos: ancianos que realizan actividad física, ancianos que realizan actividades en grupo (no físicas) y ancianos sedentarios. Los resultados muestran iguales niveles de depresión y satisfacción con la vida para los grupos que realizan actividad, siendo diferentes los niveles presentados por los sujetos sedentarios. Estos resultados avalan la implicación de factores psicológicos como mediadores en la relación entre actividad física y salud psicológica.

a) Psicofarmacología: mecanismos de acción de fármacos.

En el área terapéutica farmacológica, las interacciones entre fármacos es un fenómeno frecuente al que debemos prestar atención sólo cuando el resultado de este fenómeno sea una consecuencia clínica beneficiosa o perjudicial para el paciente. La frecuencia con la que se producen interacciones junto con la gravedad de las mismas son los aspectos que determinan su relevancia clínica. Por ello es preciso conocer algunas características de los fármacos que con más frecuencia interaccionan entre sí, las consecuencias de sus interacciones y los mecanismos de producción para así evitar en lo posible las consecuencias adversas derivadas de dichas interacciones.

b) Neurobiológico de recompensa: núcleo accumbens.

Este sistema motivacional tiene su asiento neurobiológico en la vía dopaminérgica mesocorticolímbica, denominada de la recompensa y es donde el Núcleo Accumbens juega un rol clave. Esta vía estaría seleccionada y altamente conservada por la evolución como mecanismo para la perpetuación genética. Existe una gran influencia de los neuropéptidos prosociales Oxitocina (OT) y Vasopresina (ADH) en esta vía. Estos se liberan en experiencias socio-sexuales, hecho que se puede demostrar en los paradigmas de apego adulto-adulto (pair bonding) y apego materno-infantil. La vía de la motivación se moldea en períodos críticos del desarrollo, dejándolo vulnerable a lo que suceda en el ambiente y su daño o enfermedad, por lo tanto, dejaría huellas más o menos estables a lo largo del ciclo vital del individuo. Esto podría ser un factor inicial de psicopotología desde "trastornos del vínculo" hasta la "adicción" a drogas de abuso. La motivación también podría ser útil como un endofenotipo.

Las drogas de abuso causan adicción, la cual se caracteriza por el consumo compulsivo y fuera de control de las drogas. Durante la primera fase del consumo, tienen lugar en el cerebro

diversos cambios neuroquímicos y moleculares, que llevan a la dependencia y a la adicción. Desarrollo. Todas las drogas adictivas actúan a través de mecanismos neurofisiológicos comunes, principalmente basados en la activación anómala del sistema mesolímbico dopaminérgico. Aunque el cerebro del adicto trata de adaptarse a la acción de la droga, hay cambios permanentes a nivel celular y molecular que subyacen al proceso adictivo y a la aparición de síntomas de abstinencia tras el cese del consumo de la droga. Además, estos cambios neurales parece que participan en la aparición del 'ansia de droga' o craving tras la abstinencia, que es un deseo incontrolado de droga, principal causa de recaída y que a menudo se inicia por estímulos asociados a la droga (Tabaco y nicotina, alcohol, marihuana, cocaína, opiáceos).

Existen estudios que plantean que las adicciones tienen una carga hereditaria o una tendencia en el individuo a ser facilitador de la adicción.

La neurofisiología representa un servicio central para la exploración del Sistema Nervioso, como apoyo al diagnóstico y seguimiento para especialidades diversas, entre las que destacan las diversas disciplinas de las neurociencias (Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría), así como la Traumatología y Ortopedia, Rehabilitación, Pediatría, Otorrinolaringología, Oncología, Oftalmología, Cardiología y Neumología, entre otras. De lo anterior se desprende lo interesante de describir los diferentes tipos de trastornos asociados a la importancia del diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Enfermedades y trastornos estudiados en Neurofisiología clínica

Epilepsia, crisis y pseducrisis: El tratamiento tradicional y estandarizado de las epilepsias está basado fundamentalmente en la administración crónica y continuada de fármacos antiepilépticos.

Músculo y placa motora: Influencia de la fatiga muscular en la señal electromiogràfica de músculos estimulados eléctricamente.

Enfermedades con hiperactividad muscular

Las neuropatías periféricas son una patología neurológica frecuente y compleja debida a la gran variedad de causas que pueden producir un mismo patrón de afectación clínica (Plexopatías, Polineuropatías)

Distrofia simpática refleja

Radiculopatías

Mielopatía cervical

Enfermedades Degenerativas

Enfermedades de la neurona motora (Enfermedad de Parkinson)

Trastornos del sueño (Disomnias, parasomnias)

Visión (Retinopatías)

Audición (Hipoacusia)

Anatomía (Órganos sensoriales, sistema nervioso central, sistema nervioso periférico, Aparato locomotor)

Alzheimer (enfermedad basada en deterioro cognitivo leve)

Esquizofrenia (trastorno de la cognición)

15. Alteraciones cerebrales de la depresión

La serotonina y el estado de los receptores serotoninérgicos cerebrales se han relacionado con la fisiopatología de la depresión.

Con respecto a los receptores 5-HT2A, diversos investigadores encuentran un incremento en la densidad de los lugares de unión de radioligandos a estos receptores tanto en tejido cerebral postmorten de víctimas de suicidio como en plaquetas de pacientes depresivos. Aunque la disminución de la respuesta hormonal a fenfluramina encontrada por diversos autores sugiere un decremento de la capacidad funcional de estos receptores, otras pruebas en plaquetas basadas en

respuestas fisiológicas tras la estimulación de estos receptores encuentran resultados contradictorios. Con respecto a los receptores 5-HT1A, los estudios neuroendocrinos con agonistas de estos receptores también sugieren una desensibilización de los receptores 5-HT1A pre y postsinápticos. Hasta la fecha, los resultados de los estudios de fijación de radioligandos a receptores 5-HT1A del tejido cerebral en víctimas de suicidio no han encontrado resultados consistentes. En conjunto estos estudios apoyan la hipótesis de la existencia de alteraciones adaptativas de los receptores serotoninérgicos en la depresión. No obstante, el papel que estas modificaciones tienen en la etiopatogenia de la depresión aún se desconoce.

Técnicas diagnósticas de la especialidad de Neurofisiología clínica electroencefalografía

Conclusiones

Los trastornos neurofisiológicos tienen prevalencia y distribución según sexos y grados de severidad y se estudian en los países con recursos para ello, éstos están orientados a la prevención y atención temprana de la población.

El período prenatal es una instancia de estudio cuya frecuencia en el origen las enfermedades neurofisiológicas y los factores ambientales son los que aportan el mayor número de casos, lo que permite fortalecer las acciones preventivas en esta instancia siempre y cuando exista el conocimiento previo.

El análisis y estudio de los pacientes diagnosticados con discapacidades o enfermedades neurofisiológicas durante el último quinquenio, permite proponer nuevas investigaciones sobre factores relacionados con el origen y prevención de las mismas, y mantener la comunicación necesaria de los equipos de trabajo implicado en el diagnóstico y atención de las personas con alteraciones neurofisiológicas.

Se recomienda educar a la población en edad fértil sobre las enfermedades neurofisiológicas, adicciones, factores hereditarios, métodos preventivos de la degeneración neuronal, vida sana y autocuidado, un diagnóstico temprano presenta mayores probabilidades de éxito en el tratamiento y una mejor calidad de vida en una sociedad en la que las expectativas de vida se han prolongado.

El ritmo de vida acelerado conlleva estados de alerta prolongados, sin embargo una reunión de trabajo no debiera generar el mismo nivel de estrés que ir a la guerra.

Referencias

Luisi, A. (2013). Neuroanatomía y neurofisiología.

http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1082
Visto 18 Noviembre 2016

https://psicologiabienestar.wordpress.com/tag/respuesta-emocional/
Visto 19 Noviembre 2016
Searle, J. (2009). La conciencia. González, Juliana, Filosofía y ciencias de la vida, 60-93.

Golombek, D. A. (2011). Breve historia del tiempo (biológico). Istor: revista de historia internacional, 11(44), 17-34.

Moñivas, A., García Diex, G., & García de Silva, R. (2012). Mindfulness (Atención plena): Concepto y teoría.

Corominas, M., Roncero, C., Bruguera, E., & Casas, M. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones. Revista de Neurología, 44(1), 23-31.

Carlson, N. R. (1993). Fisiología de la conducta. Psicothema, 5(2), 459-461.

Gil-Verona, J. A., Pastor, J. F., De Paz, F., Barbosa, M., Macías, J. A., Maniega, M. A., ... & Cañizares, S. (2003). Neurobiología de la adicción a las drogas de abuso. Rev. Neurol, 36(4), 361-365.

Sadek, N., & Nemeroff, C. H. (2000). Actualización en neurobiología de la depresión. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, *64*(3), 462-485.