

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

---

---

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

**-AUTORES:**

**- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON .**

- Doctor en Medicina.

- Cátedras de:

- Anestesiología

- Cuidados Intensivos

- Neuroanatomía

- Neurofisiología

- Psicofisiología

- Neuropsicología. Y

**PSI. LIC. CARLA FERNANDEZ.-**

**- 9 TOMOS -**

**- TOMO VIII -**

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

**- MONTEVIDEO, URUGUAY.**

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

---

---

- Queda terminantemente prohibido reproducir este libro en forma escrita y virtual, total o parcialmente, por cualquier medio, sin la autorización previa del autor. - Derechos reservados.

1ª Edición. Año 2019. Impresión virtual-.svb.smu@org.uy.

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

-Montevideo, 15 de noviembre de 2019.

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

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

---

---

**- LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FÁTIGA CRÓNICA .**

**- TOMO VIII -**

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

---

---

**- ÍNDICE.**

**- PROLOGO.**

**- INTRODUCCIÓN.**

**- LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA. -**

**- TOMO I -**

**-INDICE.-**

**- CAPÍTULO I- 1)- GENERALIDADES. -**

-1.1)- [Clasificación](#).

-1.2)- [Epidemiología](#).

- 1.3)- [Etiología](#).

- 1.4)- [Cuadro Clínico](#).

- 1.5)- [Evolución](#).

- 1.6)- [Diagnóstico](#).

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

- 1.6.1.1)- [Criterios Diagnósticos de Fukuda \(1994\)](#).

- 1.6.1.2)- [Criterios de Consenso Canadiense \( 2006\)](#).

- 1.6.1.3)- [Criterios de Jason \(2007\)](#).

- 1.6.1.4)- [Criterios del Consenso Internacional \(2011\)](#).

- 1.6.1.5)- [Criterios de la Academia Nacional de Medicina de Estados Unidos \(2015\)](#).

- 1.7)- [Tratamiento](#).

- 1.7.1)- [Terapia Cognitivo Conductual](#).

- 1.7.2)- [Ejercicio Físico Gradual](#).

- 1.7.3)- [Controversia: Terapia Cognitivo-conductual y Ejercicio Gradual](#).

- 1.7.4)- [Alimentación](#).

- 1.7.4.1)- [Antioxidantes](#).

- 1.7.4.2)- [Intolerancias Alimentarias](#).

- 1.7.5)- [Terapias Alternativas y/o Complementarias](#).

- 1.8)- [Véase También](#).

- 1.9)- [Referencias](#).

-1.10)- [Bibliografía](#).

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

-- CAPÍTULO II: -2)- [FIBROMIALGIA](#).-

- 2.1)- [Historia](#).

- 2.2)- [Clasificación](#).

- 2.3)- [Epidemiología](#).

-2.4)- [Etiología](#).

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

- 2.4.2)- [Sistema Neuroendocrino](#).

- 2.4.3)- [Trastornos del Sueño](#).

- 2.4.4)- [Factores Genéticos](#).

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

---

---

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

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

---

---

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

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

---

---

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

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

---

---

- [5.3\)- Circulación en los Invertebrados.](#)
- [5.4\)- Circulación Sanguínea en los Vertebrados.](#)
- [5.4.1\)- Circulación en Peces.](#)
- [5.4.2\)- Circulación en Anfibios.](#)
- [5.4.3\)- Circulación en Reptiles.](#)
- [5.4.4\)- Circulación en Aves.](#)
- [5.4.5\)- Circulación en Mamíferos.](#)
- [5.5\)- Circulación en las Plantas Vasculares.](#)
- [5.6\)- Véase También.](#)
- [5.7\)- 7Notas.](#)
- [5.8\)- Referencias.](#)
- [5.9\)- Bibliografía.](#)
- [5.10\)- Enlaces Externos.](#)
- [CAPÍTULO VI: -6\)- CATEGORÍA: - SISTEMA CIRCULATORIO.-](#)
- [CAPÍTULO VII: - 7\)- SISTEMA ENDOCRINO.-](#)
- [7.1\)- Glándulas Endocrinas y Exocrinas.](#)
- [7.1.1\)- Sistema Endocrino.](#)
- [7.1.2\)- Historia de la Endocrinología.](#)
- [7.1.3\)- Endocrinopatías.](#)
- [7.2\)- Hormonas.](#)
- [7.2.1\)- Tipos de Comunicación.](#)
- [7.2.2\)- Propagación y Modos de Acción.](#)
- [7.2.3\)- Efectos.](#)
- [7.2.4\)- Clasificación Química.](#)
- [7.3\)- Órganos Endocrinos y Hormonas Producidas.](#)
- [7.3.1\)- Sistema Nervioso Central.](#)
- [7.3.1.1\)- Hipotálamo.](#)
- [7.3.1.2\)- Glándula Pineal.](#)
- [7.3.1.3\)- Glándula Hipófisis \(Pituitaria\).](#)
- [7.3.1.3.1\)- Adenohipófisis \(Hipófisis Anterior\).](#)
- [7.3.1.3.2\)- Neurohipófisis \(Hipófisis Posterior\).](#)
- [7.3.1.3.3\)- Hipófisis Media \(Pars Intermedia\).](#)
- [7.3.2\)- Glándula Tiroides.](#)
- [7.3.3\)- Sistema Digestivo.](#)
- [7.3.3.1\)- Estómago.](#)
- [7.3.3.2\)- Duodeno.](#)
- [7.3.3.3\)- Hígado.](#)
- [7.3.3.4\)- Páncreas.](#)
- [7.3.4\)- Riñón.](#)
- [7.3.5\)- Glándula Suprarrenal.](#)
- [7.3.5.1\)- Corteza Adrenal.](#)
- [7.3.5.2\)- Médula Adrenal.](#)
- [7.3.6\)- Sistema Reproductivo.](#)
- [7.3.6.1\)- Testículos.](#)
- [7.3.6.2\)- Folículo Ovárico / Cuerpo Lúteo.](#)
- [7.3.6.3\)- Placenta.](#)
- [7.3.6.4\)- Útero \(Durante el Embarazo\).](#)



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

---

---

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

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

---

- CAPÍTULO XI: -11)- ATENCIÓN.-
- [11.1\)- Características de la Atención.](#)
- [11.2\)- Factores Que Influyen en la Atención.](#)
- [11.2.1\)- Determinante Externos.](#)
- [11.2.2\)- Determinantes Internos.](#)
- [11.3\)- Clasificación.](#)
- [11.3.1\)- Según la Implicación del Sujeto.](#)
- [11.3.2\)- Según el Objeto y el Grado de Activación Psicológica.](#)
- [11.3.2.1\)- Atención Selectiva.](#)
- [11.3.2.2\)- Atención Dividida.](#)
- [11.3.2.3\)- Atención Sostenida.](#)
- [11.4\)- Patologías.](#)
- [11.4.1\)- Alteraciones Cuantitativas.](#)
- [11.4.2\)- Alteraciones Cualitativas.](#)
- [11.4.3\)- Trastorno Por Déficit de Atención Con Hiperactividad \(TDAH\).](#)
- [11.5\)- Referencias.](#)
- [11.6\)- Véase También.](#)
- [11.7\)- Bibliografía.](#)
- [11.8\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XII: -12)- CATEGORÍA: PROCESOS NERVIOSOS SUPERIORES.-
- CAPÍTULO XIII: - 13)- CATEGORÍA: NEUROCIENCIA.-
- CAPÍTULO XIV: -14)- ESTRÉS.
- [14.1\)- Historia.](#)
- [14.2\)- Eustrés y Distrés.](#)
- [14.3\)- Fisiopatología.](#)
- [14.3.1\)- Reacciones Psicológicas.](#)
- [14.4\)- Factores Desencadenantes.](#)
- [14.5\)- Endocrinología.](#)
- [14.6\)- Cuadro Clínico.](#)
- [14.6.1\)- Estados de Adaptación.](#)
- [14.6.2\)- Estrés Postraumático.](#)
- [14.7\)- Estrés Laboral.](#)
- [14.8\)- Tratamiento.](#)
- [14.8.1\)- La Resistencia al Estrés.](#)
- [14.9\)- Véase También.](#)
- [14.10\)- Bibliografía.](#)
- [14.11\)- Referencias.](#)
- [14.12\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XV: -15)- ACTIVIDAD FÍSICA.
- [15.1\)- Efectos de la Actividad Física.](#)
- [15.2\)- Beneficios de la Actividad Física Moderna.](#)
- [15.3\)- Consecuencias de la Inactividad Física.](#)
- [15.4\)- Actividades.](#)
- [15.4.1\)- Actividad Física de 5 a 17 años.](#)
- [15.4.2\)- Actividad Física de 60 años en Adelante.](#)
- [15.5\)- Referencias.](#)
- [15.6\)- Bibliografía.](#)

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

---

---

- 15.7)- Enlaces Externos.
- TOMO III -
- CAPÍTULO XVI: - 16)- FENÓMENO PSICOSOMÁTICO.-
- 16.1)- [Definición del Concepto.](#)
- 16.2)- [Cuadro Clínico.](#)
- 16.3)- [Etiología Según el Psicoanálisis.](#)
- 16.4)- [Diagnóstico.](#)
- 16.5)- [Diagnóstico Diferencial.](#)
- 16.6)- [Fenómeno Psicosomático Para el Psicoanálisis.](#)
- 16.7)- [Tratamiento.](#)
- 16.8)- [Véase También.](#)
- 16.9)- [Referencias.](#)
- 16.10)- [Bibliografía.](#)
- 16.11)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO XVII: - 17)- PSICOANÁLISIS.-
- 17.1)- [Concepto.](#)
- 17.2)- [Definiciones Derivadas de los Tres Aspectos.](#)
- 17.2.1)- [El Psicoanálisis Como Teoría Explicativa.](#)
- 17.2.2)- [El Psicoanálisis Como Método de Investigación.](#)
- 17.2.3)- [El Psicoanálisis Como Terapia.](#)
- 17.3)- [Historia del Psicoanálisis.](#)
- 17.4)- [Técnica Psicoanalítica.](#)
- 17.5)- [Las Tópicas.](#)
- 17.5.1)- [Primera Tópica: Consciente, Preconsciente e Inconsciente.](#)
- 17.5.2)- [Segunda Tópica: el Ello, el Yo y el Superyó.](#)
- 17.6)- [Otros Conceptos del Psicoanálisis.](#)
- 17.6.1)- [Mecanismos de Defensa.](#)
- 17.6.2)- [El Desarrollo Libidinal.](#)
- 17.6.3)- [Desarrollo Sexual Infantil.](#)
- 17.7)- [Alternativas y Escuelas del Psicoanálisis.](#)
- 17.7.1)- [El Psicoanálisis en la Universidad.](#)
- 17.7.2)- [El Psicoanálisis en la Literatura o Semanálisis.](#)
- 17.8)- [Eficacia en el Tratamiento de Trastornos Psicológicos.](#)
- 17.9)- [Críticas al Psicoanálisis.](#)
- 17.9.1)- [Explicaciones Fallidas.](#)
- 17.10)- [Psicoanálisis y Neurociencia.](#)
- 17.11)- [Cine y Psicoanálisis.](#)
- 17.12)- [Véase También.](#)
- 17.13)- [Notas.](#)
- 17.14)- [Referencias.](#)
- 17.15)- [Bibliografía.](#)
- 17.16)- [Enlaces Externos.](#)-
- CAPÍTULO XVIII: - 18)- CATEGORÍA : - TRASTORNOS SOMATOMORFOS.-
- CAPÍTULO XIX: - 19)- CATEGORÍA : TRASTORNOS NEURÓTICOS; TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS; Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS.-
- CAPÍTULO XX: - 20)- CATEGORÍA : -TRASTORNOS MENTALES.-
- CAPÍTULO XXI: - 21)- CATEGORÍA :- ENFERMEDADES DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA.-

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

---

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

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

---

- 31.3.3)- [Etnometodología.](#)
- 31.3.4)- [Teorías del Conflicto.](#)
- 31.3.5)- [Teoría del Intercambio.](#)
- 31.3.6)- [Teoría de Sistemas.](#)
- 31.3.7)- [Acción y Estructura.](#)
- 31.4)- [Dinámica Social.](#)
- 31.5)- [Sociología en Latinoamérica.](#)
- 31.6)- [Áreas de la Sociología.](#)
- 31.7)- [Véase También.](#)
- 31.8)- [Referencias.](#)
- 31.9)- [Bibliografía.](#)
- 31.10)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO ANEXO XXXII: -32)- [GLOSARIO DE TÉRMINOS MÉDICOS.-](#)
- CAPÍTULO XXXIII: - 33)- [PSICOLOGÍA.-](#)
- 33.1)- [Etimología](#)
- 33.2)- [Ámbito Científico.](#)
- 33.2.1)- [Métodos de Investigación en Psicología.](#)
- 33.2.2)- [Organizaciones Científicas en Psicología.](#)
- 33.3)- [Cronología de las Escuelas y Corrientes Psicológicas.](#)
- 33.4)- [Corrientes y Escuelas Psicológicas.](#)
- 33.4.1)- [El Asociacionismo.](#)
- 33.4.2)- [La Psicología Experimental.](#)
- 33.4.3)- [El funcionalismo.](#)
- 33.4.4)- [El Estructuralismo.](#)
- 33.4.5)- [El Psicoanálisis.](#)
- 33.4.6)- [La Psicología Aplicada.](#)
- 33.4.7)- [El Conductismo.](#)
- 33.4.8)- [La Psicología de la Gestalt.](#)
- 33.4.9)- [El Cognitivismo.](#)
- 33.4.10)- [La Psicología Humanista.](#)
- 33.4.11)- [La Psicobiología.](#)
- 33.5)- [Psicología Básica.](#)
- 33.5.1)- [Funciones Psicológicas.](#)
- 33.5.2)- [Psicología del Aprendizaje.](#)
- 33.5.3)- [Psicología Evolutiva o del Desarrollo.](#)
- 33.5.4)- [Psicopatología o Psicología de la Anormalidad.](#)
- 33.5.5)- [Psicología del Arte.](#)
- 33.5.6)- [Psicología de la Personalidad.](#)
- 33.6)- [Psicología Aplicada.](#)
- 33.6.1)- [Psicología Clínica.](#)
- 33.6.2)- [Psicología Educativa.](#)
- 33.6.3)- [Psicología Infantil o Infanto-juvenil.](#)
- 33.6.4)- [Psicología Social.](#)
- 33.6.5)- [Psicología Industrial u Organizacional.](#)
- 33.6.6)- [Psicología Comunitaria.](#)
- 33.6.7)- [Psicología de la Salud.](#)
- 33.6.8)- [Psicología de la Emergencia.](#)

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

---

---

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

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

---

---

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

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

---

---

- [40.14\)- Enlaces Externos.](#)
- [40.14.1\)- PNUD - ONU.](#)
- CAPÍTULO XXXXI: - 41)- LA SALUD.-
- [41.1\)- Definiciones.](#)
- [41.1.1\)- Nivel Subjetivo.](#)
- [41.2\)- Nutrición.](#)
- [41.3\)- Ejercicio Físico.](#)
- [41.4\)- El Descanso.](#)
- [41.5\)- Higiene.](#)
- [41.6\)- Salud Mental.](#)
- [41.7\)- La Personalidad Saludable.](#)
- [41.8\)- Hábitos Perjudiciales Para la Salud.](#)
- [41.9\)- Factores Que Influyen en la Salud.](#)
- [41.9.1\)- Biología Humana.](#)
- [41.9.2\)- Ambiente.](#)
- [41.9.3\)- Ambiente Doméstico.](#)
- [41.9.4\)- Forma de Vida Saludable.](#)
- [41.10\)- Promoción de la Salud.](#)
- [41.11\)- Véase También a la Salud.](#)
- [41.12\)- Referencias.](#)
- 41.13)- Biografía.
- [41.14\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXXXII: -42)- DICCIONARIO DE TÉRMINOS PSICOLÓGICOS.-
- CAPÍTULO XXXX: - 43)- SALUD PÚBLICA.-
- [43.1\)- Historia](#)
- [43.2\)- Determinantes de Salud](#)
- [43.3\)- Funciones.](#)
- [43.3.1\)- Protección Sanitaria.](#)
- [43.3.2\)- Promoción Sanitaria.](#)
- [43.3.3\)- Restauración Sanitaria.](#)
- [43.4\)- Organismos, Entidades e Instituciones.](#)
- [43.5\)- Véase También.](#)
- [43.6\)- Referencias.](#)
- 43.7)- Bibliografía.
- 43.8)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXXXIV: - 44)- CATEGORÍA: SALUD Y SOCIEDAD.-
- CAPÍTULO XXXXV: - 45)- REUMATOLOGÍA.-
- [45.1\)- Clasificación de las Enfermedades Reumatológicas.](#)
- [45.2\)- Véase También.](#)
- [45.3\)- Referencias.](#)
- 45.4)- Bibliografía.
- [45.5\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXXXVI: - 46)- INMUNOLOGÍA.-
- [46.1\)- Concepto.](#)
- [46.2\)- Perspectiva histórica](#)
- [46.2.1\)- Inmunidad Humoral y Celular.](#)
- [46.2.2\)- Inmunología Clásica.](#)



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

---

---

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

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

---

---

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

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

---

---

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

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

---

---

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

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

---

---

- [52.7.1\)- Tratamiento No Farmacológico.](#)
- [52.7.2\)- Tratamiento Farmacológico.](#)
- [52.7.2.1\)- Agentes Moduladores de la Angiotensina.](#)
- [52.7.2.2\)- Diuréticos.](#)
- [52.7.2.3\)- Beta Bloqueantes.](#)
- [52.7.2.4\)- Inotrópicos Positivos.](#)
- [52.7.2.5\)- Vasodilatadores.](#)
- [52.7.3\)- Dispositivos y Cirugía.](#)
- [52.7.4\)- Cuidados Paliativos y Hospicio.](#)
- [52.8\)- Pronóstico.](#)
- [52.9\)- Referencias.](#)
- [52.10\)- Bibliografía.](#)
- [52.11\)- Enlaces Externos.](#)
- **CAPÍTULO LIII: - 53)- INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.-**
- [53.1\)- Infarto Agudo de Miocardio e Insuficiencia Cardíaca.](#)
- [53.2\)- Epidemiología.](#)
- [53.3\)- Etiología.](#)
- [53.3.1\)- Trombo y Émbolo.](#)
- [53.3.2\)- Factores de Riesgo.](#)
- [53.3.2.1\)- Factores de Protección.](#)
- [53.4\)- Patología.](#)
- [53.4.1\)- Histopatología.](#)
- [53.5\)- Cuadro Clínico.](#)
- [53.5.1\)- Examen Físico.](#)
- [53.5.2\)- Dolor Torácico.](#)
- [53.5.3\)- Dificultad Respiratoria.](#)
- [53.5.4\)- Signos Graves.](#)
- [53.5.5\)- En las Mujeres.](#)
- [53.5.6\)- Infartos Sin Dolor o Sin Otros Síntomas.](#)
- [53.6\)- Diagnóstico.](#)
- [53.6.1\)- Criterios de Diagnóstico.](#)
- [53.6.2\)- Marcadores Cardíacos.](#)
- [53.6.3\)- Angiografía.](#)
- [53.6.4\)- Diagnóstico Diferencial.](#)
- [53.7\)- Tratamiento.](#)
- [53.7.1\)- Cuidados Inmediatos.](#)
- [53.7.2\)- Intervención Coronaria Percutánea.](#)
- [53.8\)- Pronóstico y Complicaciones .](#)
- [53.9\)- Véase También.](#)
- [53.10\)- Bibliografía.](#)
- [53.11\)- Referencias.](#)
- [53.12\)- Enlaces Externos.](#)
- **CAPÍTULO LIV: - 54)- CATEGORÍA: - CAUSAS DE MUERTE.-**
- **TOMO V -**
- **CAPÍTULO L : - 50)- SUICIDIO.-**
- [50.1\)- Definiciones.](#)
- [50.2\)- Factores de Riesgo.](#)

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

---

---

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

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

---

---

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

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

---

---

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



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

---

---

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

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

---

---

- 58.4.3)- Metamerización.
- 58.4.4)- Centralización.
- 58.4.5)- Cefalización.
- 58.4.6)- Animales Diblásticos.
- 58.4.7)- Animales Triblásticos.
- 58.4.7.1)- Animales Protóstomos.
- 58.4.7.2)- Animales Deuteróstomos.
- 58.4.8)- Sistema Nervioso por Filo.
- 58.4.8.1)- Cnidarios.
- 58.4.8.2)- Platelmintos.
- 58.4.8.3)- Anélidos.
- 58.4.8.4)- Moluscos.
- 58.4.8.5)- Artrópodos.
- 58.4.8.6)- Equinodermos.
- 58.4.8.7)- Vertebrados.
- 58.5)- Véase También.
- 58.6)- Notas.
- 58.7)- Referencias.
- 58.8)- Bibliografía.
- 58.9)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LIX: - 59)- SENSIBILIZACIÓN CENTRAL
- 59.1)- Fisiología del Dolor.
- 59.1.1)- Alodinia.
- 59.2)- Manifestaciones Clínicas.
- 59.3)- Véase también.
- 59.4)- Referencias.
- 59.5)- Bibliografía.
- 59.6)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LX: -60)- DOLOR.-
- 60.1)- Historia.
- 60.2)- Fisiopatología.
- 60.2.1)- Componentes.
- 60.3)- Mecanismos Moleculares de la Nocicepción.
- 60.3.1)- Tipos de Fibras Nerviosas.
- 60.3.2)- Fenómeno de los Dos Dolores.
- 60.3.3)- Proteínas Nociceptivas.
- 60.3.4)- Neurotransmisores de los Nociceptores.
- 60.3.4.1)- Glutamato.
- 60.3.4.2)- Neuropeptidos.
- 60.3.5)- Bioquímica de la Nocicepción.
- 60.3.6)- Alodinia e Hiperalgnesia.
- 60.3.6.1)- Sensibilización Periférica.
- 60.3.6.2)- Sensibilización Central.
- 60.4)- Vías del Dolor y Elaboración de la Sensación Dolorosa.
- 60.4.1)- Asta Posterior de la Médula Espinal y su Organización.
- 60.4.2)- Vías Espinales del Dolor.
- 60.4.2.1)- El Tracto Espinotalámico (STT).

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

---

---

- 60.4.2.2)- Los haces SPA y SPH.
- 60.4.3)- Integración de los Aspectos Sensorial y Afectivo del Dolor.
- 60.5)- Características del Dolor.
- 60.6)- Factores Que Modulan el Dolor
- 60.7)- Clasificación del Dolor.
- 60.7.1)- Según el Tiempo de Evolución.
- 60.7.2)- Según la Etiología del Dolor.
- 60.7.3)- Según la Localización del Dolor.
- 60.8)- Tratamiento.
- 60.8.1)- Anestesia.
- 60.8.2)- Analgesia.
- 60.8.3)- Tratamientos Alternativos.
- 60.8.3.1)- Tratamiento del Dolor Con Magnetismo.
- 60.9)- Otras Definiciones de Dolor.
- 60.9.1)- Dolor y Placer.
- 60.9.2)- Dolor Fetal.
- 60.10)- Véase También.
- 60.11)- Referencias.
- 60.12)- Bibliografía.
- 60.13)- Enlaces Externos.
- . CAPÍTULO LXI: - 61)- ESTRÉS OXIDATIVO.-
- 61.1)- Efectos Químicos y Biológicos.
- 61.2)- Producción y Consumo de Oxidantes.
- 61.3)- Antioxidantes Como Suplementos.
- 61.4)- Catalizadores Metálicos.
- 61.5)- Catalizadores Redox No Metálicos.
- 61.6)- Defensa Inmune.
- 61.7)- 7Referencias.
- 61.8)- Bibliografía.
- 61.9)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXII: - 62)- TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.-
- 62.1)- Introducción.
- 62.2)- Historia.
- 62.3)- Síntomas y Diagnóstico.
- 62.3.1)- Trastorno de Estrés Postraumático [309.81] (F43.10), Según DSM-5.
- 62.3.2)- Trastorno de Estrés Postraumático en Niños Menores de 6 Años.
- 62.4)- Epidemiología.
- 62.5)- Etiología.
- 62.6)- Tratamiento.
- 62.7)- Véase También.
- 62.8)- Referencias.
- 62.9)- Bibliografía.
- 62.10)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXIII: -63)- NEURASTENIA o ESTRÉS.-
- 63.1)- Diagnóstico.
- 63.2)- Curiosidad. .
- 63.3)- Véase También.

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

---

---

- 63.4)- Bibliografía.
- 63.5)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXIV: - 64)- RITMO CIRCADIANO.-
- 64.1)- Características.
- 64.2)- Historia.
- 64.3)- Orígenes.
- 64.4)- Ritmos Circadianos Animales.
- 64.4.1)- El núcleo Supraquiasmático.
- 64.4.2)- Hormonas Afectadas por el Ciclo Circadiano.
- 64.4.3)- Más Allá del “Reloj Maestro”.
- 64.5)- Interrupción de Ritmos Circadianos.
- 64.6)- Control Celular del Ciclo Circadiano.
- 64.7)- Véase También.
- 64.8)- Referencias.
- 64.9)- Bibliografía.
- 64.10)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXV: - 65)- TRASTORNO DEL SUEÑO.-
- 65.1)- Desarrollo de los Trastornos de Sueño.
- 65.1.1)- Somnolencia Durante el Día.
- 65.1.2)- Otros Trastornos del Sueño.
- 65.2)- Véase también
- 65.3)- Referencias.
- 65.4)- Bibliografía.
- 65.5)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXVI: - 66)- INSOMNIO.-
- 66.1)- Causas del Insomnio.
- 66.2)- Prevención.
- 66.3)-Tipos de Insomnio.
- 66.4)- Consecuencias.
- 66.5)- En las Artes.
- 66.6)- Véase También.
- 66.7)- Referencias.
- 66.8)- Bibliografía.
- 66.9)- Enlaces Externos.-
- CAPÍTULO LXVII: - 67)- PRIVACIÓN DE SUEÑO.-
- 67.1)- Efectos Fisiológicos.
- 67.1.1)- Diabetes.
- 67.1.2)- En el Cerebro.
- 67.1.3)- Sobre el Crecimiento.
- 67.1.4)- En los Procesos de Curación.
- 67.1.5)- Sobre la Atención y la Memoria de Trabajo.
- 67.1.6)- Sobre la Aptitud Para Conducir.
- 67.1.7)- Otros Efectos.
- 67.1.7.1)- Microsueños.
- 67.1.7.2)- Pérdida/ganancia de peso.
- 67.1.7.3)- Regulación Genética.
- 67.2)- Usos.

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

---

---

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

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

---

---

- 69.4.2)- Estrategias Termorreguladoras de los Animales.
- 69.4.3)- Mecanismos de Termorregulación.
- 69.4.3.1)- Mecanismos en Ectotermos.
- 69.4.3.2)- Excepciones a la Respuesta Térmica General de los Ectotermos.
- 69.4.3.2.1)- Endotermia Regional.
- 69.4.3.2.2)- Endotermia Facultativa.
- 69.4.3.2.3)- Homeotermia Inercial.
- 69.4.4)- Termorregulación en Endotermos.
- 69.4.4.1)- Respuestas Metabólicas a la Temperatura.
- 69.4.4.2)- Mecanismos de Regulación Térmica.
- 69.4.4.2.1)- Mecanismos de Regulación de la Conductancia Térmica.
- 69.4.4.2.2)- Mecanismos de Producción de Calor.
- 69.4.4.2.3)- Mecanismos de Disipación de Calor.
- 69.4.4.3)- Hipotermia Facultativa.
- 69.5)- Termorregulación en las Plantas.
- 69.6)- Referencias.
- 69.7)- Véase También.
- 69.8)- Bibliografía.
- 69.9)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXX - 70)- SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE.-
- 70.1)- Historia.
- 70.1.1)- Exposición a Sustancias Químicas Tóxicas, en el Desastre de Bhopal, la Guerra del Golfo y el 11S.
- 70.2)- Epidemiología.
- 70.3)- Etiología.
- 70.3.1)- Hipótesis Psicológica y/o Psiquiátrica
- 70.3.2)- Hipótesis Genética.
- 70.3.3)- Hipótesis Química, de Sensibilización Alérgica y Respuesta olfativa.
- 70.3.4)- Hipótesis Anatómica.
- 70.3.5)- Hipótesis Neurológica y Alteraciones Cognitivas.
- 70.3.6)- Hipótesis de Sobreproducción de Óxido Nítrico.
- 70.3.7)- Hipótesis Sobre el Estado Redox en las Mitocondrias.
- 70.4)- Cuadro Clínico.
- 70.4.1)- Enfermedades Asociadas.
- 70.5)- Diagnóstico.
- 70.5.1)- Criterios Diagnósticos.
- 70.5.1.1)- Consenso Internacional de 1999.
- 70.5.1.2)- Documento de Consenso Sobre Sensibilidad Química Múltiple de 2011.
- 70.5.2)- Pruebas Complementarias.
- 70.6)- Tratamiento.
- 70.7)- Véase también
- 70.8)- Bibliografía.
- 70.9)- Referencias.
- 70.10)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXXI: - 71)- CATEGORÍA:TOXICOLOGÍA.-
- CAPÍTULO LXXII: - 72)- CATEGORÍA : -ENFERMEDADES OCUPACIONALES.-
- CAPÍTULO LXXIII: - 73)- ALERGIAS.-

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

---

---

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

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

---

---

- 74.5.3)- Adultos.
- 74.5.4)- Síndrome del Intestino Irritable.
- 74.5.5)- Dermatitis Herpetiforme.
- 74.5.6)- Dificultad Para la Identificación de los Síntomas.
- 74.5.7)- Tabla de Síntomas y Signos.
- 74.5.8)- Grupos de Riesgo y Enfermedades Asociadas.
- 74.6)- Diagnóstico.
- 74.6.1)- Criterios Diagnósticos.
- 74.6.2)- Marcadores Serológicos.
- 74.6.2.1)- Anticuerpos Anti-Transglutaminasa Tisular del Tipo 2 (anti-TGt ó TGt).
- 74.6.2.2)- Otros.
- 74.6.3)- Analíticas.
- 74.6.4)- Biopsias Duodenales.
- 74.6.4.1)- Hallazgos en las Biopsias Duodenales.
- 74.6.4.2)- Escala de Marsh Para la Clasificación de los Hallazgos en las Biopsias Duodenales.
- 74.6.4.3)- Errores frecuentes en la Interpretación de las Biopsias Duodenales.
- 74.6.5)- Marcadores Genéticos.
- 74.6.6)- Diagnóstico de Casos Dudosos o Difíciles.
- 74.6.6.1)- Utilidad de la Dieta Sin Gluten "de prueba" Para confirmar el Diagnóstico.
- 74.6.6.2)- Consideraciones Importantes sobre la Prueba con la Dieta Sin Gluten.
- 74.6.7)- Pruebas de Provocación.
- 74.6.8)- Errores Frecuentes.
- 74.6.8.1)- En el Diagnóstico.
- 74.6.8.2)- En la valoración de la Respuesta a la Prueba con la Dieta Sin Gluten.
- 74.6.8.3)- En el diagnóstico en la Infancia.
- 74.6.8.4)- Retraso del Crecimiento.
- 74.7)- Diagnóstico Diferencial.
- 74.8)- Tratamiento.
- 74.8.1)- Mala Respuesta a la Dieta y Persistencia de Síntomas.
- 74.8.2)- Cumplimiento de la Dieta Sin Gluten.
- 74.8.2.1)- Contaminación Cruzada.
- 74.8.2.2)- Límite de Tolerancia.
- 74.8.3)- Dieta de Eliminación de la Contaminación Por Gluten.
- 74.8.4)- Controversias Sobre la Avena.
- 74.8.5)- Símbolo de la Espiga Barrada.
- 74.8.6)- Gluten en los Medicamentos y Productos Farmacéuticos.
- 74.8.6.1)- Medicamentos.
- 74.8.6.1.1)- Advertencias en Medicamentos Que Contienen Almidones de Cereales Con Gluten.
- 74.8.6.2)- Suplementos Vitamínicos, Minerales y Dietéticos, y Productos a Base de Plantas.
- 74.9)- Pronóstico.
- 74.9.1)- Formas Refractarias.
- 74.10)- Profilaxis.
- 74.11)- Sensibilidad al Gluten No Celíaca.
- 74.12)- Contaminación de los Alimentos Para Celíacos.
- 74.13)- Día de los Celíacos.
- 74.14)- Véase También.



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

---

---

- 74.15)- Notas.
- 74.16)- Referencias.
- 74.17)- Bibliografía.
- 74.18)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXXV: - 75)- ALERGIA A ALIMENTOS.-
- 75.1)- Etiología.
- 75.2)- Diagnóstico.
- 75.3)- Prevalencia.
- 75.4)- Terminología.
- 75.5)- Manifestaciones.
- 75.6)- Tratamiento.
- 75.7)- Alimentos Que Pueden Producir Alergia.
- 75.8)- Otras Alergias Relacionadas.
- 75.9)- Véase También.
- 75.10)- Referencias.
- 75.11)- Bibliografía.
- 75.12)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXXVI: -76)- INTOLERANCIA A LOS ALIMENTOS.-
- 76.1)- Tipos.
- 76.2)- Véase También.
- 76.3)- Referencias.
- 76,4)- Bibliografía.
- 76.5)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXXVII: - 77)- HOMEOSTASIS.-
- 77.1)- Interacción Entre Ser Vivo y Ambiente: Respuestas a los Cambios.
- 77.2)- Homeostasis y Sistemas de Control.
- 77.2.1)- Homeostasis de la Glucemia.
- 77.3)- Homeostasis Psicológica.
- 77.4)- Homeostasis Cibernética.
- 77.5)- Véase También.
- 77.6)- Referencias.
- 77.7)- Bibliografía.
- 77.8)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXXVIII: - 78)- EUSTRÉS.-
- 78.1)- Definición.
- 78.2)- Medición.
- 78.3)- En Comparación Con la Angustia.
- 78.4)- Ocupacional.
- 78.5)- Autoeficacia.
- 78.6)- Flujo.
- 78.7)- Factores.
- 78.8)- Ejemplos.
- 78.9)- Véase También.
- 78.10)- Referencias.
- 78-11)- Bibliografía.
- 78.12)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO LXXIX: - 79)- DISTRÉS .

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

---

---

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

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

---

---

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

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

---

---

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

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

---

---

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

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

---

---

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

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

---

---

- 91.[12](#))- [Notas](#).
- 91.[13](#))- [Véase También](#).
- 91.[14](#))- [Referencias](#).
- 91.15)- [Bibliografía](#).
- 91.16)- [Enlaces Externos](#).
- CAPÍTULO XCII: - 92)- ESTADO DE ÁNIMO.-
- 92.[1](#))- [Robert E. Thayer](#).
- 92.2)- [Otras Opiniones](#).
- 92.[3](#))- [Véase también](#).
- 92.4)- [Bibliografía](#)
- [92. 5](#))- [Referencias](#).
- 92.[6](#))-[Enlaces externos](#) .
- CAPÍTULO XCIII: -93)- TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO.-
- 93.[1](#))- [Historia](#).
- 93.[2](#))- [Epidemiología](#).
- 93.[3](#))- [Clasificación](#)
- 93.[3.1](#))- [Trastornos Depresivos](#).
- 93.[3.1.1](#))- [Trastorno Depresivo Mayor](#).
- 93.[3.2](#))- [Trastornos Bipolares](#).
- 93.[3.3](#))- [Trastornos del Estado del Ánimo Inducidos Por Sustancias](#).
- 93.[3.3.1](#))- [Inducidos Por el Alcohol](#).
- 93.[3.3.2](#))- [Inducidos Por las Benzodiacepinas](#).
- 93.[3.4](#))- [Trastorno del Estado de Ánimo No Especificado](#).
- 93.[4](#))- [Véase También](#).
- 93.[5](#))- [Referencias](#).
- 93.[6](#))- [Bibliografía](#).
- 93.7)- [Enlaces Externos](#).
- CAPÍTULO XCIV: - 94)- MIALGIA.-
- 94.[1](#))- [Causas](#).
- 94.[2](#))- [Véase También](#).
- 94.[3](#))- [Bibliografía](#)
- 94.[4](#))- [Referencias](#).
- 94.5)- [Enlaces Externos](#).
- CAPÍTULO XCV: - 95)- ASTENIA.
- 95.[1](#))-[Etiología](#)
- 95.[1.1](#))- [Causa Funcional](#).
- 95.[1.2](#))- [Causa Orgánica](#).
- 95.[2](#))- [Cuadro Clínico](#).
- 95.[3](#))- [Diagnóstico Diferencial](#).
- 95.[4](#))- [Referencias](#).
- 95.5)- [Bibliografía](#).
- 95.[6](#))- [Enlaces Externos](#).
- TOMO IX -
- CAPÍTULO XCVI: -96)- ANGUSTIA.-
- 96.[1](#))- [Primeros Desarrollos Freudianos](#).
- 96.[1.1](#))- [Angustia Realista y Angustia Neurótica](#).
- 96.[1.2](#))- [La Segunda Teoría Freudiana de la Angustia](#).

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

---

---

- [96.1.2.1\)- Instancias Psíquicas y Angustia.](#)
- [96.1.2.2\)- El Arquetipo del Nacimiento y el Peligro Objetivo de Toda Angustia.](#)
- [96.1.2.3\)- Angustia: Señal, Desarrollo y Represión.](#)
- [96.2\)- La Angustia Desde la Mirada Filosófica.](#)
- [96.2.1\)- Antigüedad.](#)
- [96.2.2\)- Medieval.](#)
- [96.2.3\)- Contemporaneidad.](#)
- [96.3\)- Referencias.](#)
- [96.4\). Bibliografía.](#)
- [96.4.1\)- Bibliografía del Apartado Sobre la Mirada Filosófica.](#)
- [96.5\)- Enlaces Externos](#)
- CAPÍTULO XCVII: - 97)- ANSIEDAD.-
- [97.1\)- Descripción General.](#)
- [97.2\)- Ansiedad Patológica.](#)
- [97.2.1\)- Diferencia Entre Ansiedad Normal y Patológica.](#)
- [97.3\)- Síntomas.](#)
- [97.3.1\)- Escala de Ansiedad Hamilton.](#)
- [97.3.2\)- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.](#)
- [97.4\)- Diagnóstico Diferencial.](#)
- [97.5\)- Pronóstico.](#)
- [97.6\)- Según la Psicología Cognitiva.](#)
- [97.7\)- Véase También.](#)
- [97.8\)- Referencias.](#)
- [97.9\)- Biografía.](#)
- [97.10\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XCVII: - 97)- ANSIEDAD.-
- [97.1\)- Descripción General.](#)
- [97.2\)- Ansiedad Patológica.](#)
- [97.2.1\)- Diferencia Entre Ansiedad Normal y Patológica.](#)
- [97.3\)- Síntomas.](#)
- [97.3.1\)- Escala de Ansiedad Hamilton.](#)
- [97.3.2\)- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.](#)
- [97.4\)- Diagnóstico Diferencial.](#)
- [97.5\)- Pronóstico.](#)
- [97.6\)- Según la Psicología Cognitiva.](#)
- [97.7\)- Véase También.](#)
- [97.8\)- Referencias.](#)
- [97.9\)- Biografía.](#)
- [97.10\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XCVIII: - 98)- DEPRESIÓN.-
- [98.1\)- Clasificación.](#)
- [98.2\)- Historia.](#)
- [98.3\)- Epidemiología.](#)
- [98.4\)- Etiología.](#)
- [98.4.1\)- Teoría Inflamatoria.](#)
- [98.4.2\)- Factores Ambientales.](#)
- [98.4.2.1\)- Estrés Psicosocial y Trauma.](#)



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

---

---

- [98.4.2.2\)- Dieta.](#)
- [98.4.2.\)- Permeabilidad Intestinal e Intolerancia Alimentaria.](#)
- [98.4.2.4\)- Ejercicio.](#)
- [98.4.2.5\)- Obesidad.](#)
- [98.4.2.6\)- Tabaquismo.](#)
- [98.4.2.7\)- Trastornos Atópicos.](#)
- [98.4.2.8\)- Enfermedades Periodontales.](#)
- [98.4.2.9\)- Sueño.](#)
- [98.4.2.10\)- Vitamina D.](#)
- [98.4.2.11\)- Otros.](#)
- [98.4.3\)- Genética.](#)
- [98.5\)- Cuadro Clínico.](#)
- [98.5.1\)- Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Único o Recidivante.](#)
- [98.5.2\)- Trastorno Distímico.](#)
- [98.5.3\)- Trastorno Adaptativo Con Estado de Ánimo Depresivo o Mixto :Ansiedad y Ánimo Depresivo.](#)
- [98.5.4\)- Trastorno Depresivo No Especificado.](#)
- [98.5.5\)- Otros tipos.](#)
- [98.5.6\)- Trastorno Depresivo Asociado a Duelo Patológico.](#)
- [98.5.7\)- Clasificación de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.](#)
- [98.5.8\)- Situaciones Particulares.](#)
- [98.5.8.1\)- En las Mujeres.](#)
- [98.5.8.2\)- En los Varones.](#)
- [98.5.8.3\)- En la Vejez.](#)
- [98.5.8.4\)- En la Infancia.](#)
- [98.5.8.5\)- En el Bebé.](#)
- [98.6\)- Diagnóstico.](#)
- [98.7\)- Diagnóstico Diferencial.](#)
- [98.8\)- Tratamiento.](#)
- [98.8.1\)- Farmacológico.](#)
- [98.8.2\)- Psicoterapia.](#)
- [98.8.2.1\)- Psicoterapia Interpersonal.](#)
- [98.8.2.2\)- Terapia Cognitiva.](#)
- [98.8.2.3\)- Terapia Conductual.](#)
- [98.8.2.4\)- Psicoterapias Psicodinámicas Breves.](#)
- [98.8.2.5\)- Acompañamiento Terapéutico y Casas de Medio Camino.](#)
- [98.8.3\)- Medidas Coadyuvantes.](#)
- [98.9\)- Pronóstico.](#)
- [98.10\)- Profilaxis.](#)
- [98.11\)- Véase También.](#)
- [98.12\)- Bibliografía.](#)
- [98.13\)- Referencias](#)
- [98.14\)- Enlaces Externos.](#)
- **CAPÍTULO IC: -99)- TIPOS DE DISCAPACIDAD.-**
- [99.1\)- Discapacidad Física o Motora.](#)
- [99.1.1\)- Criterios de Identificación.](#)
- [99.2\)- Discapacidad Sensorial.](#)

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

---

---

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

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

---

- 102.9)- Biografía.
- 102)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO CIII: - 103)- TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.-
- 103.1)- [Epidemiología](#).
- 103.2)- [Etiología](#).
- 103.2.1)- [Factores Biológicos](#).
- 103.2.2)- [Problemas de Tipo Fisiológico](#).
- 103.3)- [Patogenia](#).
- 103.4)- [Diagnóstico](#).
- 103.4.1)- [Evaluación Inicial](#).
- 103.4.2)- [Semiología Adicional del TLP y Biomarcadores](#).
- 103.4.3)- [Criterios del DSM-IV-TR](#).
- 103.4.4)- [Otros Sistemas Diagnósticos Distintos al DSM](#).
- 103. 5)- [Diagnóstico Diferencial](#).
- 103.5.1)- [Con trastornos de la Afectividad](#).
- 103.5.2)- [Con el Trastorno Por Déficit de Atención Con Hiperactividad](#).
- 103.5.3)- [Con Otros Trastornos de Personalidad](#).
- 103.6)- [Cuadro Clínico](#).
- 103.6.1)- [Características Según el Sexo](#).
- 103.6.2)- [Psicopatología I: Características Generales de las Personas Con TLP](#).
- 103.6.3)- [Psicopatología II: Formas \(Tipología\) de la Personalidad Límite](#).
- 103.6.4)- [Comorbilidad](#).
- 103.6.5)- [Curso](#).
- 103.7)- [Pronóstico](#).
- 103.7.1)- [El Riesgo de Suicidio en el TLP](#).
- 103.8)- [Tratamiento](#).
- 103. 8.1)- [Psicoterapia](#).
- 103.8.1.1)- [Terapia Cognitivo Conductual](#).
- 103.8.1.2)- [Terapia Dialéctica Conductual](#).
- 103.8.1.3)- [Terapia Cognitiva Focal de Esquemas](#).
- 103. 8.1.4)- [Terapia Cognitivo-analítica](#).
- 103. 8.1.5)- [Psicoanálisis](#).
- 103.8.1.6)- [Psicoterapia Enfocada a la Transferencia](#).
- 103.8.1.7)- [Psicoterapia Basada en la Mentalización](#).
- 103.8.1.8)- [Terapia de Pareja, Conyugal o de Familia](#).
- 103.8.2)- [Medicación](#).
- 103.8.2.1)- [Antidepresivos](#).
- 103.8.2.2)- [Antipsicóticos](#).
- 103.8.2.3)- [Otros](#).
- 103.9)- [Servicios Mentales de Salud y Recuperación](#).
- 103.9.1)- [Combinar la Farmacoterapia y la Psicoterapia](#).
- 103.9.2)- [Dificultades en la Terapia](#).
- 103.9.2.1)- [Otras Estrategias](#).
- 103.10)- [Aspectos Sociológicos y Culturales](#).
- 103.10.1)- [Coste Social del TLP](#).
- 103.10.2)- [Referencias Culturales](#).
- 103.11)- [Véase También](#).

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

---

---

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

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


---

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

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

---

---

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

**. 0 0 0 0 0 0 0 0 .**

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

---

---

**0 0 0 0 0 0 0 0.**

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

---

---

- CAPÌTULO LXXXIII: - 83)- INFLAMACIÒN.-  
-De Wikipedia, la enciclopedia libre.



- Inflamaciòn en los dedos del pie.
- La inflamaciòn (del [latín](#) *inflammatio*: encender, hacer fuego): - Es la forma de manifestarse de muchas enfermedades. Se trata de una respuesta inespecífica, frente a las agresiones del medio, que está generada por los agentes inflamatorios.
- La respuesta inflamatoria ocurre solo en tejidos conectivos vascularizados, y surge con el fin defensivo de aislar y destruir al agente dañino, así como reparar el tejido u órgano dañado.
- Se le considera por tanto, un mecanismo de [inmunidad innata](#), estereotipado, en contraste con la reacción inmune adaptativa, específica, para cada tipo de agente infeccioso.<sup>1</sup>.
- El sistema inmunológico innato, está formado por defensas contra las infecciones que pueden activarse inmediatamente, una vez que el agente patógeno ataca.
- El sistema inmunitario innato se compone esencialmente de barreras, que tienen como objetivo mantener los virus, bacterias, parásitos y otras partículas extrañas, fuera del cuerpo, o limitar su capacidad de diseminarse y moverse por todo el cuerpo.
- La [inflamaciòn](#) es un ejemplo de una respuesta inmunitaria innata.
- El sistema inmunitario adaptativo, también llamado inmunidad adquirida, utiliza antígenos específicos, para montar estratégicamente, una respuesta inmunitaria.
- A diferencia del sistema inmunológico innato, que ataca sólo, sobre la base de la identificación de las amenazas generales, la inmunidad adaptativa se activa por la exposición a los patógenos, y utiliza una memoria inmunológica, para aprender acerca de la amenaza y mejorar la respuesta inmunológica en consecuencia.
- La respuesta inmune adaptativa, es mucho más lenta, para responder a las amenazas e infecciones, que la respuesta inmune innata, que está preparada y lista para luchar en todo momento.
- La inflamaciòn se identifica en [medicina](#) con el sufijo *-itis*. El mayor problema que surge de



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

---

---

la inflamación, es que la defensa, se dirija tanto hacia agentes dañinos, como a no dañinos, de manera que provoque [lesión](#) en los [tejidos](#) u [órganos](#) sanos.

-ÍNDICE.-

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

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

---

- - Agentes biológicos: [bacterias](#), [virus](#), [parásitos](#), [hongos](#); las células de mamíferos disponen de receptores, que captan la presencia de microbios; entre los receptores más importantes están los [receptores de tipo Toll](#), que detectan la presencia de bacterias, virus y hongos, y desencadenan vías de señalización, que estimulan la producción de diferentes [mediadores](#);
- -Agentes o condiciones que producen [necrosis](#) de los tejidos afectados: -Las células necróticas, liberan moléculas que activan la respuesta inflamatoria, como [ácido úrico](#), [ADP](#) o incluso [ADN](#); entre estos agentes tenemos:
  - Agentes físicos: radiaciones, frío, calor, [rayos UV](#).
  - Agentes químicos: venenos, [toxinas](#).
  - Traumatismos y cuerpos extraños: - Que inducen inflamación porque dañan los tejidos : necrosis, o aportan microbios, los cuales están en el aire, con los cuales pueden causar enfermedades.
  - [Alteraciones vasculares](#): como por ejemplo las que producen [isquemia](#);
- [Alteraciones inmunitarias](#): - Como por ejemplo las respuestas de [hipersensibilidad](#) o las [autoinmunes](#); en estos casos es la propia respuesta inmunitaria, la que induce la inflamación, que es la causa principal del daño tisular.

- 83.2)- Evolución Histórica.

- En las primeras [civilizaciones](#), existen testimonios de su conocimiento y su [curación](#), los primeros escritos aparecieron en papiros [egipcios](#), que datan del 3.000 a.de C.

-En [Grecia](#) y [Roma](#), se conserva un libro, de los numerosos escritos por [Aulo Cornelio Celso](#), enciclopedista, "De Medicinae" y en donde se identifican 4 signos cardinales de la inflamación. Posteriormente Virchow añadió el quinto [signo](#).<sup>2</sup>

-Actualmente se pueden reconocer sus 5 signos cardinales, que son:

- Tumefacción. Aumento del [líquido intersticial](#) y formación de [edema](#).
- Rubor. Enrojecimiento, debido principalmente a los fenómenos de aumento de la [vasodilatación](#).
- Calor. Aumento de la [temperatura](#) de la zona inflamada. Se debe a la vasodilatación y al incremento del consumo local de [oxígeno](#).
- Dolor. El [dolor](#) aparece como consecuencia de la liberación de sustancias capaces de provocar la activación de los nociceptores, tales como las [prostaglandinas](#).  
-Constituye el 1.º signo de la [tétrada de Celsius](#). (Los 4 signos → Tétrada de Celsius).
- Pérdida o disminución de la función. Llamado 5º signo de [Virchow](#) (función laesa).

- En 1793, el [cirujano](#) escocés [Hunter](#), destacó algo que en la actualidad es considerado obvio: "La inflamación no es una [enfermedad](#), sino una respuesta inespecífica, que produce un efecto saludable en el [organismo](#), en que tiene lugar".

-El [patólogo](#) [Julius Cohnheim](#), fue el primer investigador que utilizó el [microscopio](#), para observar [vasos sanguíneos](#) inflamados, en membranas finas y translúcidas, como el [mesenterio](#) y la lengua de la [rana](#). Tras la observación de las alteraciones iniciales del flujo sanguíneo, el [edema](#) posterior al incremento de la permeabilidad vascular, y la migración leucocitaria.

- En 1867, demostró que la emigración de los glóbulos blancos, es el origen de la [pus](#).<sup>3</sup> .La

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

---

---

contribución de Cohnheim, fue fundamental para entender todo el proceso inflamatorio.

-El [biólogo](#) ruso [Metchnikoff](#), descubrió el proceso de la [fagocitosis](#), al observar la ingestión de espinas del rosal por los [amebocitos](#) de las [larvas](#) de [estrellas de mar](#), y de [bacterias](#), por [leucocitos](#) de [mamífero](#), en 1882; la conclusión de este investigador, fue que el objeto de la inflamación, era el de hacer llegar las células con capacidad fagocitaria, a la zona de lesión, para que fagocitaran a los agentes infecciosos.

- No obstante, al poco tiempo quedó claro, que tanto los factores celulares ([fagocitos](#)), como los factores séricos ([anticuerpos](#)), eran imprescindibles, para la defensa frente a [microorganismos](#), y como reconocimiento por ello: [Elie Metchnikoff](#) y [Paul Ehrlich](#): quién desarrolló la teoría humoral, compartieron el premio [Nobel de Medicina](#), en 1908.

-A estos nombres se debe añadir el de Sir [Thomas Lewis](#), quien, mediante experimentos sencillos, sobre la respuesta inflamatoria de la piel, estableció el concepto de que diversas sustancias químicas, inducidas localmente por el estímulo de una lesión, como la [histamina](#), son factores mediadores de las alteraciones vasculares de la inflamación.

-Este concepto fundamental constituye la base de los importantes descubrimientos de los mediadores químicos de la inflamación, y de la posibilidad de utilizar fármacos [antiinflamatorios](#).

-Lewis llamó a los mediadores químicos de la inflamación "H1", y definió la triple respuesta ante la agresión que consistía en:

- [Eritema](#) central
- Hinchazón
- Eritema periférico

-Dependiendo de las características temporales de la inflamación, definimos dos tipos de respuesta, inflamación aguda e inflamación crónica.

- 83.3)- Inflamación Aguda.

- La fase aguda de la inflamación es sinónimo de [reacción inmune innata](#). En la inflamación aguda distinguimos tres puntos clave: cambios hemodinámicos, alteración de la permeabilidad vascular, y modificaciones [leucocitarias](#).<sup>4</sup>

- 83.3.1)- Cambios Hemodinámicos en el Calibre y en el Flujo.

- Después de un periodo inconstante y transitorio de [vasoconstricción](#) arteriolar, se produce [vasodilatación](#) e [hiperemia](#) activa: aumento de flujo sanguíneo en la zona de la lesión, que causa enrojecimiento y aumento de la temperatura. Después se produce un periodo de hiperemia pasiva, en la que disminuye el flujo, por un aumento de la permeabilidad microvascular, con extravasación de líquido, y aumento de la viscosidad sanguínea en los vasos de menor calibre, que es lo que se denomina estasis: con parálisis total del flujo.

- A medida que evoluciona la estasis, se produce la orientación periférica: marginación, de los leucocitos, que se adhieren al [endotelio](#), atraviesan la pared vascular, y se dirigen al [intersticio](#).

- Paso por paso: solo de manera didáctica, ya que estos eventos ocurren superponiéndose, se observa lo siguiente:

1- Vasodilatación arteriolar y capilar, que provoca la apertura de capilares y venulas; inducida por la acción de diferentes [mediadores](#) sobre el músculo liso vascular, principalmente histamina y óxido nítrico;

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

---

---

2- Aumento de la velocidad del flujo sanguíneo ([hiperemia](#)) por las arteriolas, que es la causa de la aparición de [eritema](#) (rojez) en el sitio de la inflamación;

3- Aumento de la permeabilidad de la microvasculatura: salida de un exudado inflamatorio hacia los tejidos extravasculares y aparición de [edema](#) inflamatorio;

4- Acumulación anormal y excesiva de sangre: la salida de líquido provoca un aumento de la viscosidad de la sangre, lo cual aumenta la concentración de los glóbulos rojos (congestión venosa);

5- Disminución de la velocidad de la sangre en pequeños vasos (estasis sanguínea);

6- Acumulación periférica de los leucocitos: marginación y pavimentación leucocitaria;

7- Al mismo tiempo, las [células endoteliales](#) son activadas por los mediadores de la inflamación, expresando moléculas en sus membranas que favorecen la adhesión de los leucocitos, fundamentalmente los [polimorfonucleares neutrófilos](#) (PMN);

8- Paso de leucocitos (PMN en primer lugar, seguidos por los [macrófagos](#)), desde los vasos al intersticio: migración celular, con formación del infiltrado inflamatorio. Se denomina Diapédesis.

- Asimismo, durante la fase de reparación que sigue a la inflamación aguda y durante la inflamación crónica, se produce un fenómeno de proliferación de vasos sanguíneos, denominado [angiogénesis](#).

- 83.3.2)- Alteración de la Permeabilidad Vascular.

-En condiciones normales, el endotelio no permite la salida de [proteínas](#), y el intercambio se produce por [pinocitosis](#).

-Durante la inflamación, se alteran las bases morfológicas del endotelio, por acción de los mediadores químicos, produciéndose una alteración de las uniones celulares y las cargas negativas de la membrana basal: [Majno](#) y [Palade](#) vieron aperturas entre las células, que no se encontraban rotas. Generalmente, este efecto se produce en las [vénuclas](#), pero si es muy intenso se alcanza a los [capilares](#), y se produce extravasación por rotura.

-La salida de líquidos, proteínas y células, a partir de la sangre se denomina exudación. Es importante distinguir los siguientes conceptos:<sup>4</sup> :

- un [exudado](#): -Es un líquido extracelular, que contiene alta concentración de proteínas y restos celulares, muy denso; su presencia implica una reacción inflamatoria;
- un [transudado](#): - Sin embargo, es un fluido con bajo contenido en proteínas (contiene sobre todo [albúmina](#)); es un ultrafiltrado del plasma, debido a la existencia de una diferencia de [presión osmótica](#) o hidrostática a través de la pared de un vaso, sin aumento de la permeabilidad vascular ni proceso inflamatorio;
- un [edema](#):- Es un exceso de líquido en el tejido intersticial, que puede ser un exudado o un transudado;
- el [pus](#): - Es un exudado purulento, un exudado inflamatorio rico en leucocitos (sobre todo PMN), restos de células muertas y, en muchos casos, microbios.

- El aumento de la permeabilidad vascular, se genera por varios mecanismos, que pueden producirse simultáneamente:<sup>4</sup> :

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

---

---

- 83.3.2.1)- Contracción de las Células Endoteliales.

- Es el mecanismo más común, desencadenado por diferentes [mediadores](#), como la histamina, la [bradiquinina](#), los leucotrienos y la [sustancia P](#), entre otros.

- Estas sustancias provocan la contracción brusca, por fosforilación oxidativa, de los filamentos de [actina](#) y [miosina](#) de las células endoteliales, que se retraen, de forma que los espacios interendoteliales aumentan. Después el citoesqueleto, se reorganiza para mantener la contracción durante más tiempo. Las sustancias inflamatorias deben disolver la membrana basal de estas aperturas.

- 83.3.2.2)- Daño Endotelial.

-La [necrosis](#) de las células endoteliales, provoca su separación de la pared del vaso, creando de esta forma una apertura en el mismo. Puede producirse en heridas severas, como quemaduras, o por la acción tóxica de microbios, que afectan directamente el endotelio.

- Los PMN que se adhieren a las células endoteliales, también pueden dañarlas. En este caso, la pérdida de líquido continúa hasta que se forma un [trombo](#) o se repara el daño.

- 83.3.2.3)- Aumento de la Transcitosis.

- El transporte de fluidos y proteínas, a través de las propias células endoteliales, y no entre ellas, puede realizarse mediante canales, que se forman a partir de vacuolas y vesículas no recubiertas interconectadas: denominado orgánulo vesiculovacuolar. Parece que [VEGF](#), estimula el número y el tamaño de estos canales.

- 83.3.2.4)- Respuestas de los Vasos Linfáticos.

- En condiciones normales, el [sistema linfático](#) filtra y controla las pequeñas cantidades de líquido extravascular, que se ha perdido en los capilares. Durante la inflamación, la cantidad de líquido extracelular aumenta, y el sistema linfático participa en la eliminación del edema.

-Asimismo, en este caso, una mayor cantidad de leucocitos, restos celulares y microbios pasa a la linfa. Como ocurre con los vasos sanguíneos, los linfáticos también proliferan en los procesos inflamatorios, para atender al incremento de la demanda.

- Puede ocurrir que los vasos linfáticos, se inflamen de forma secundaria: [linfangitis](#), o que se inflamen los ganglios: [linfadenitis](#); a causa de la [hiperplasia](#) de los folículos linfoides y al mayor número de linfocitos y macrófagos.

- 83.3.3)- Modificaciones Leucocitarias.

- Los leucocitos fagocitan a los patógenos, destruyen a las bacterias y a los [microorganismos](#), y degradan el tejido necrótico, pero también pueden prolongar la lesión tisular, al liberar [enzimas](#), mediadores químicos y [especies reactivas del oxígeno](#) (ERO, o también ROS, por sus siglas en inglés; también denominados radicales libres de oxígeno, RLO). Los dos grupos de leucocitos más importantes en un proceso de inflamación son: los [leucocitos polimorfonucleares neutrófilos](#) (PMN) y los [macrófagos](#).<sup>4</sup>.

-El [tejido conjuntivo](#) contiene macrófagos y [mastocitos](#), que son células centinelas, capaces de reconocer la presencia de microbios, células muertas o cuerpos extraños.

-Los macrófagos son los elementos principales en el inicio del proceso de inflamación, ya que poseen receptores específicos, capaces de reconocer microbios y células muertas.

- Cuando reconocen estos elementos, los macrófagos producen las [citoquinas IL-1](#) y [TNF- \$\alpha\$](#) , que desencadenan la inflamación propiamente dicha, actuando sobre las [células endoteliales](#) de los vasos sanguíneos cercanos: sobre todo las vénulas post-capilares, para permitir la migración transendotelial de los leucocitos.

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

---

---

- Los mastocitos reaccionan al estrés físico, que se detecta en los tejidos : calor, frío, presión; y producen los mediadores [serotonina](#) e [histamina](#), que son potentes agentes vasoactivos, que actúan sobre la contracción y la permeabilidad de los vasos, tanto arteriales como venosos.
- Como consecuencia de la activación de macrófagos y mastocitos, se produce la liberación de los [mediadores químicos](#) de la inflamación.
- Estos mediadores inducen vasodilatación en la zona afectada, lo que provoca la salida de líquido de la sangre hacia los tejidos, generando un [edema](#).
- Por esta razón, la viscosidad de la sangre aumenta, debido al aumento de concentración de los glóbulos rojos, lo que provoca un descenso en el flujo sanguíneo : estasis.
- En estas condiciones hemodinámicas, los leucocitos se redistribuyen en posición periférica, un fenómeno denominado *marginación*. A continuación, los leucocitos *ruedan* sobre la superficie del endotelio, estableciendo contactos transitorios con las [células endoteliales](#), soltándose y volviéndose a unir. Finalmente, los leucocitos se *adhieren* firmemente al endotelio, antes de iniciar la *migración*, a través de los capilares (Ver: el apartado "Diapédesis" de los [neutrófilos](#), para un detalle molecular completo).
- Los leucocitos que han atravesado los capilares se dirigen hacia la zona afectada por un proceso de [quimiotaxis](#). Una vez allí, fagocitan los microbios y los destruyen, generando la producción de [pus](#).
- El pus será eliminado hacia el exterior, si la lesión está en contacto con el exterior, o generará un [absceso](#), si la zona donde se ha formado el pus, está en el interior de un órgano.
- Una vez eliminado el pus : bien de manera natural o por intervención quirúrgica en caso de absceso, los macrófagos y los linfocitos proceden a la reparación del tejido dañado por la inflamación aguda.
- El daño tisular está producido generalmente por los PMN, que son muy numerosos y liberan enzimas hidrolíticas y radicales libres que dañan los tejidos. La reparación se produce gracias a los macrófagos, que estimulan a los [fibroblastos](#) a sintetizar [colágeno](#), y a las células endoteliales a generar nuevos vasos, mediante la secreción de [factores de crecimiento](#). Sin embargo, la reparación es siempre incompleta, ya que no se recupera la estructura original: las glándulas y los pelos de la zona, no se regeneran.
- La naturaleza de los leucocitos infiltrados varía según el momento de la respuesta inflamatoria y el tipo de estímulo. En la mayor parte de los casos de inflamación aguda, los [neutrófilos](#) (PMN) predominan durante las primeras 6-24h, y luego son reemplazados por [monocitos](#) en 24-48h. La rápida aparición de los PMN se debe a que son más abundantes en la sangre, responden más rápido a las quimioquinas y se adhieren más fuertemente a las moléculas de adhesión que aparecen en las células endoteliales activadas, como las [selectinas](#) E y P. Sin embargo, después de entrar en los tejidos, los PMN tienen una vida media corta: sufren [apoptosis](#) y desaparecen después de 24-48h. Los monocitos responden más despacio, pero no solo sobreviven en los tejidos, sino que además proliferan y dan lugar a los macrófagos, de manera que se convierten en la población dominante en las reacciones inflamatorias crónicas. Sin embargo, en algunos casos las poblaciones de leucocitos pueden variar: en infecciones por *Pseudomonas*, los neutrófilos se reclutan de forma continua durante varios días, y en infecciones virales, los [linfocitos](#) son los primeros en llegar, por ejemplo.
- 83.3.4)- Mediadores de la Inflamación.



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

---

- Estos mediadores son pequeñas moléculas, que consisten en lípidos : prostaglandinas, leucotrienos y tromboxano; aminoácidos modificados : histamina, serotonina; y pequeñas proteínas : citoquinas, factores de crecimiento, interleuquinas...; que representan información específica destinada a las células capaces de utilizar esta información, gracias a la presencia de [receptores](#) específicos, en su [membrana plasmática](#). Los mediadores de la inflamación, son de origen plasmático, sintetizados por el hígado, o celular.<sup>4</sup>.

- 83.3.4.1)- Metabolitos del Ácido Araquidónico.

- El [ácido araquidónico](#) (AA) es un derivado del ácido graso esencial [ácido linoleico](#), con muchos enlaces dobles, que se encuentra normalmente esterificado, en forma de [fosfolípido](#) en las membranas celulares.

- El AA se libera por acción de las [fosfolipasas](#) celulares, a partir de cualquier célula activada : [plaquetas](#), estresada o a punto de morir por [necrosis](#). Una vez liberado, el AA puede metabolizarse por dos vías:

- - Las [ciclooxigenasas](#) : la forma constitutiva COX-1 y la inducible COX-2, que generan intermediarios, que después de ser procesados por enzimas específicas, producen las [prostaglandinas](#) : PGD2 producido por mastocitos, PGE2 por macrófagos, y células endoteliales, entre otros; y los [tromboxanos](#) : TXA2, el principal metabolito del AA, generado por las plaquetas; el endotelio vascular carece de tromboxano sintetasa, pero posee una prostaciclina sintetasa, y por tanto genera [prostaciclina](#) (PGI2);

- - Las [lipooxigenasas](#): que generan intermediarios de los [leucotrienos](#) y las [lipoxinas](#).
- Los derivados del ácido araquidónico : también denominados [eicosanoides](#), que sirven como señales intra o extracelulares, en una gran variedad de procesos biológicos, entre ellos la inflamación y la [hemostasis](#).

- Sus efectos principales son:

- - prostaglandinas (PGD2, PGE2): vasodilatación, [dolor](#) y [fiebre](#);
- - [prostaciclinas](#) (PGI2): vasodilatación e inhibición de la agregación [plaquetaria](#);
- - tromboxanos (TXA2): vasoconstricción y activación de la agregación plaquetaria;
- - leucotrienos: LTB4 es quimiotáctico y activador de los neutrófilos; los otros leucotrienos son vasoconstrictores, inducen el broncoespasmo y aumentan la permeabilidad vascular : es mucho más potentes que la histamina;
- -lipoxinas: vasodilatación, inhibición de la adhesión de los PMN; estos metabolitos del AA, producen una disminución de la inflamación, por lo que intervienen en la detención de la inflamación; a diferencia del resto de los derivados del AA, necesitan de dos tipos celulares, para ser sintetizados: los neutrófilos producen intermediarios de la síntesis, que son convertidos en lipoxinas, por plaquetas al interactuar con los neutrófilos.

- 83.3.4.2)- Aminas Vasoactivas: Histamina y Serotonina.

- Histamina y serotonina, son las dos principales aminas vasoactivas, llamadas así por su importante acción sobre los vasos.

- Se almacenan ya preformados en gránulos, dentro de las células que los producen, por lo que son mediadores precoces de la inflamación.

- El principal productor de [histamina](#) son los [mastocitos](#), aunque también se produce por los

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

---

---

[basófilos](#) y las plaquetas.

-En el caso de los mastocitos, la histamina se libera cuando estas células producen desgranulación, en respuesta a diferentes tipos de estímulos:

- - daño físico, como traumatismo, frío o calor;
- - unión de [anticuerpos](#) a los mastocitos, que es la base de las reacciones [alérgicas](#);
- - unión de elementos del [sistema del complemento](#), denominados *anafilotoxinas* : sobre todo C3a, C5a;
- - proteínas que inducen la liberación de histamina derivadas de leucocitos;
- -neuropéptidos : por ejemplo, la [sustancia P](#);
- - citoquinas : [IL-1](#), [IL-8](#).

- La histamina dilata las arteriolas, y aumenta la permeabilidad de las vénulas. Es el principal mediador del aumento transitorio inmediato de la permeabilidad vascular, produciendo espacios interendoteliales en las vénulas, que favorecen la salida del exudado plasmático.

- Este efecto se realiza a través de [receptores H1](#), presentes en las células endoteliales.

-La [serotonina](#) es otro mediador preformado, que produce efectos similares. Está presente en las plaquetas y en ciertas células neuroendocrinas, por ejemplo en el tracto gastrointestinal.

- La liberación de serotonina e histamina, se activa cuando las plaquetas se agregan, en contacto con: el colágeno, la [trombina](#), [ADP](#), y complejos antígeno-anticuerpo (Ver [Hemostasis](#), para un mayor detalle sobre este proceso).

- 83.3.4.3)- Citoquinas.

- Las [citoquinas](#) son pequeñas proteínas : entre 5 y 20 kD, que permiten el intercambio de información, entre las diferentes células, durante el proceso de inflamación, la [hematopoyesis](#), y las respuestas inmunes.

- Los [factores de crecimiento](#), que utilizan las células epiteliales, para estimular su renovación, son asimismo citoquinas.

-En general, las citoquinas se pueden considerar como [hormonas](#), con un radio de acción limitado, a excepción de: [IL-1](#) y [TNF- \$\alpha\$](#) , que funcionan como verdaderas hormonas, transmitiendo información a través de todo el organismo.

- Las citoquinas liberadas por los macrófagos, durante la inflamación, van a afectar a las células endoteliales, los PMN : durante la fase aguda, y después los fibroblastos, y de nuevo las células endoteliales, durante la fase de reparación.

- La información emitida por una citoquina, solo será recibida por aquellas células, que presenten receptores específicos para esa citoquina.

-Los mensajes de las citoquinas son múltiples; los principales son:

- - la proliferación (factores de crecimiento);
- - la diferenciación;
- - la migración (quimioquinas);
- - la [apoptosis](#) (familia TNF);
- - acción pro-inflamatoria (IL-1 y TNF- $\alpha$ );

- Algunos mensajes muy importantes, como la estimulación de los linfocitos T, son emitidos por muchas citoquinas. Esta redundancia asegura la transmisión de la información.

- 83.3.4.4)- Factor Activador de las Plaquetas.



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

---

---

- El [factor activador de plaquetas](#) (PAF), es otro mediador derivado de fosfolípidos.
- Se encuentra en: plaquetas, mastocitos, basófilos, PMN, monocitos, macrófagos y células endoteliales.
- Sus acciones principales son:
  - - agregación de las plaquetas;
  - - vasoconstricción y [broncoconstricción](#);
  - - adhesión leucocitaria al endotelio;
  - - [quimiotaxis](#);
  - - degranulación y estallido oxidativo;
  - - activación de la síntesis de [eicosanoides](#).
  
- 83.3.4.5)- Óxido Nítrico.
  - El [óxido nítrico](#) (NO): - Es un gas producido en algunas [neuronas](#) del cerebro, macrófagos y células endoteliales. Actúa de forma paracrina : acción y local, sobre las células diana, a través de la inducción de [GMPc](#), que inicia una serie de sucesos intracelulares, que provocan la relajación del [músculo](#) liso : vasodilatación.
  - La vida media in vivo del NO, es muy corta, por lo que solo actúa sobre las células muy próximas, al lugar de producción.
  - El NO se sintetiza a partir de L-[arginina](#), por la enzima NO-sintasa (NOS). Hay tres tipos de NOS: endotelial (eNOS); neuronal (nNOS); e inducible (iNOS).
  - Las dos primeras son constitutivas, se expresan a niveles bajos, y pueden activarse rápidamente, aumentando los niveles de calcio intracelular. Sin embargo, la iNOS se activa solamente, cuando los macrófagos y otras células, son activados por citoquinas : como [IFN-γ](#) o productos microbianos.
  
- 83.3.4.6)- Radicales Libres de Oxígeno (RLO).
  - Los radicales libres de oxígeno son: un tipo de [especies reactivas del oxígeno](#) (ERO, o también ROS, por sus siglas en inglés).
  - Estos radicales pueden liberarse al medio extracelular, por los leucocitos después de que hayan sido activados, por la presencia de: microbios, quimioquinas, complejos inmunes, o después de la [fagocitosis](#).
  - Su producción depende de la activación del sistema [NADPH](#) oxidasa. Las principales especies producidas intracelularmente son: el anión superóxido (O<sub>2</sub><sup>-</sup>), el peróxido de hidrógeno [H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>](#), y el radical hidroxilo (\*OH).
  - El anión superóxido puede combinarse con el óxido nítrico, para formar [especies reactivas del nitrógeno](#). Estas sustancias atacan todos los materiales biológicos : ADN, proteínas, lípidos...; bien arrancando electrones, arrancando átomos de hidrógeno, o adicionándose sobre los enlaces dobles: que reaccionan como potentes oxidantes.
  - La consecuencia es, por tanto, la alteración y la posterior pérdida de función de las moléculas afectadas.
  - La liberación extracelular de estas potentes sustancias a bajas concentraciones, activan: quimiocinas, citoquinas y moléculas de adhesión leucocitaria endotelial, amplificando la respuesta inflamatoria.
  - Están implicados en las siguientes respuestas inflamatorias:
    - - Daño de las células endoteliales, que consecuentemente produce un aumento de la permeabilidad vascular; cuando los PMN se adhieren al endotelio, si se activan,

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

---

---

- pueden no solo liberar estos productos, sino inducir la producción de ERO, en el endotelio;
- - Daño a otras células, como glóbulos rojos o células del parénquima;
  - -inactivación de antiproteasas, como la [α1-antitripsina](#), lo cual provoca un incremento de la destrucción tisular; esto ocurre, por ejemplo, en el [enfisema pulmonar](#);
- El plasma, los fluidos tisulares y las células, poseen mecanismos antioxidantes, para protegerse de los radicales libres de oxígeno. Entre estos se encuentran:
- - La enzima [superóxido dismutasa](#), que convierte el anión superóxido, en peróxido de hidrógeno;
  - - La enzima [catalasa](#), que detoxifica el peróxido de hidrógeno;
  - - La [glutatión peroxidasa](#), otro potente detoxificador del H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>;
  - - El [ácido úrico](#),<sup>5</sup> un potente antioxidante, presente en el plasma en una concentración mucho mayor que el ascorbato (vitamina C);
  - - La proteína [ceruloplasmina](#), la principal transportadora de [cobre](#) en el suero;
  - - la fracción plasmática libre de hierro de la proteína [transferrina](#).
- Además existen compuestos de origen alimentario, con capacidad antioxidante, que también intervienen en la neutralización de ERO:
- - El α-tocoferol ([vitamina E](#)), liposoluble, con capacidad de protección de las membranas celulares;
  - - Los [carotenoides](#) : como el β-caroteno y los [polifenoles](#) : como el [ácido cafeico](#) y la [quercetina](#);
  - - El ascorbato ([vitamina C](#)), hidrosoluble, capaz de regenerar los demás antioxidantes, como el glutatión o el α-tocoferol.
- Por ello, el efecto negativo de los ERO, se observa si se produce un desequilibrio debido a una producción exagerada de estas sustancias, o por una disminución de los sistemas de defensa, enzimáticos y no enzimáticos.
- 83.3.4.7)- Constituyentes de los Lisosomas de los Leucocitos.
- Los [neutrófilos](#) y los [monocitos](#), contienen gránulos lisosomiales necesarios para la digestión de los materiales fagocitados.
- Si estos compuestos se vierten al exterior, pueden amplificar la respuesta inflamatoria, ya que tienen un efecto destructor sobre los tejidos : [elastasas](#), [colagenasas](#), [proteasas](#)....
- Para contrarrestar su efecto, existen antiproteasas en el suero, fundamentalmente la α1-antitripsina, que es el principal inhibidor de la elastasa. Otra antiproteasa importante es la [α2-macroglobulina](#).
- 83.3.4.8)- Neuropeptidos.
- Los neuropeptidos son sustancias segregadas por los nervios sensoriales, y varios tipos de leucocitos, que juegan un papel en la propagación de la respuesta inflamatoria.
- Entre ellos, se encuentran la [sustancia P](#) y la [neurocinina A](#), pertenecientes a la familia de los [taquininos](#), y producidos en el [SNC](#) y periférico. Los pulmones y el tracto gastrointestinal son ricos en fibras que contienen sustancia P.
- Esta tiene muchas funciones: transmisión de las señales [dolorosas](#), regulación de la presión sanguínea, estimulación de la secreción de las células endocrinas, y aumento de la permeabilidad vascular.
- 83.3.4.9)- Mediadores Derivados de Proteínas Plasmáticas.

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

---

---

- Una gran variedad de fenómenos en la respuesta inflamatoria, están mediados por proteínas plasmáticas, que pertenecen a tres sistemas interrelacionados:

- - [el Sistema del Complemento](#):- Las proteínas de este sistema están presentes en el plasma en forma inactiva, y cuando se activan, se convierten en enzimas proteolíticas, que degradan otras proteínas del complemento, formando una cascada; los elementos que participan en el proceso inflamatorio son: C3a, C5a y en menor medida C4a, denominadas *anafilotoxinas*, que estimulan la liberación de histamina por los mastocitos, y por lo tanto producen vasodilatación; C5a además tiene capacidad quimiotáctica y activa la lipooxigenasa, generando leucotrienos;
- -La [Coagulación](#): - La inflamación aumenta la producción de algunos factores de la coagulación y convierte al endotelio en trombogénico; en contrapartida, la [trombina](#) promueve la inflamación mediante la activación de receptores denominados PAR (*protease-activated receptors*), que activan diferentes respuestas: movilización de selectina-P, producción de quimioquinas y citoquinas, expresión de receptores para integrinas en el endotelio, inducción de la COX-2 y producción de prostaglandinas, producción de NO y PAF, y cambios en la forma endotelial.  
- Como la coagulación y la inflamación, pueden iniciar un círculo vicioso de amplificación, la interferencia con la coagulación, puede ser una estrategia terapéutica, en algunas patologías para reducir la inflamación;
- - las [Quininas](#): - Son péptidos vasoactivos, derivados de proteínas plasmáticas, denominadas quininógenos, por la acción de enzimas específicas denominadas [calicreínas](#); el sistema de quininas está íntimamente ligado a la coagulación: la forma activa del factor XII, FXIIa, convierte la precalicreína del plasma en calicreína, que corta una proteína del plasma de alto peso molecular, para generar [bradiquinina](#).  
- La bradiquinina aumenta la permeabilidad vascular y causa contracción del músculo liso, dilatación de los vasos, y dolor, efectos similares a los de la histamina.  
- Por otro lado, la calicreína tiene efecto quimiotáctico, convierte C5 del sistema del complemento en C5a (también quimiotáctico), y convierte el plasminógeno en plasmina ,para degradar el coágulo secundario.

- De estos tres sistemas, probablemente los mediadores de la inflamación más importantes in vivo, son: bradiquinina, C3a, C5a ,y trombina.

- Papel de los mediadores en las diferentes reacciones de la inflamación:

-Papel en la inflamación:

-Mediadores :

[Vasodilatación](#)

Aumento de la permeabilidad vascular

- [Prostaglandinas](#)
- [Óxido nítrico](#)
- [Histamina](#)
- [Histamina y Serotonina](#)
- C3a y C5a (mediado por vasoaminas)
- [Bradiquinina](#)
- [Leucotrienos](#) C4, D4, E4
- Factor activador de las plaquetas (PAF)

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

---

---

Quimiotaxis, reclutamiento de leucocitos y activación

- [Sustancia P](#)
- [TNF, IL-1](#)
- [Quimioquinas](#)
- C3a, C5a
- [Leucotrieno B4](#)
- Productos bacterianos, como péptidos N-formilmetil

Fiebre

- [TNF, IL-1](#)
- [Prostaglandinas](#)

Dolor

- [Prostaglandinas](#)
- [Bradiquinina](#)
- [Sustancia P](#)

Daño tisular

- Enzimas lisosomiales de los leucocitos
- [Especies reactivas del oxígeno](#)
- [Óxido nítrico](#)

**-83.3.5)- Efectos Generales de la Inflamación.**

- Las citoquinas IL-1 y TNF- $\alpha$  producidas por los macrófagos, funcionan como "hormonas" de la inflamación, y actúan sobre el conjunto del organismo, para movilizar todos los recursos disponibles, para luchar contra el agente infeccioso.

- En particular, su acción sobre el centro de la [fiebre](#), permite elevar la temperatura, lo que compromete la supervivencia bacteriana. Su acción sobre el hígado, permite aumentar la síntesis de las [proteínas de fase aguda](#), que son también antibacterianas : [sistema del complemento](#), [proteína C reactiva](#).

- La movilización de los PMN, a partir de la médula ósea, y su activación, son efectos decisivos, así como la activación de los fibroblastos, durante la fase reparadora.

**- 83.3.6)- Detención de la Respuesta Inflamatoria Aguda.**

- Puesto que este potente proceso de defensa, puede producir daños importantes en los tejidos del huésped, es importante mantenerlo bajo un estricto control.

- En parte, la inflamación desaparece simplemente, porque los mediadores se producen en estallidos rápidos, solo mientras persiste el estímulo, tienen vidas medias cortas, y son degradados tras su liberación.

- Los neutrófilos también tienen una vida media corta, y mueren por apoptosis, unas pocas horas después de dejar la sangre. Además, durante el desarrollo del proceso inflamatorio, se disparan una serie de señales de STOP, que sirven para terminar la reacción de forma activa:<sup>4</sup> :

- - Cambio en el tipo de metabolitos, producidos a partir del [ácido araquidónico](#), cambiando los leucotrienos pro-inflamatorios, por las lipoxinas antiinflamatorias;
- - Los macrófagos y otras células ,liberan citoquinas antiinflamatorias, como [TGF- \$\beta\$](#)  e [IL-10](#);

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

---

---

- - Producción de mediadores lípidicos antiinflamatorios (como [resolvinas](#) y [protectinas](#)), derivados de [ácidos grasos poliinsaturados](#);
- - Generación de impulsos nerviosos ([descargas colinérgicas](#)), que inhiben la producción de TFN por los macrófagos.

- 83.4)- Inflamación Crónica.

- Cuando la inflamación se mantiene durante un tiempo prolongado : semanas o meses, se habla de inflamación crónica, en la que coexisten el daño tisular y los intentos de reparación, en diversas combinaciones.<sup>4</sup>.

- Puede producirse por mantenimiento de la inflamación aguda : si no se resuelve la causa, o bien empezar de manera progresiva y poco evidente, sin las manifestaciones de la inflamación aguda.

- Este segundo ca, es el responsable del daño tisular de algunas de las enfermedades humanas más invalidantes, como la [artritis reumatoide](#), la [aterosclerosis](#), la [tuberculosis](#) o la [fibrosis pulmonar](#).

Además, es importante en el desarrollo del [cáncer](#), y en enfermedades que anteriormente se consideraban exclusivamente degenerativas, como el [Alzheimer](#).

- En caso de no resolución, se drenan también las bacterias ,y se extiende la infección por vía [linfática](#): linfangitis (inflamación de los [vasos linfáticos](#)), y linfadenitis (inflamación de los [ganglios linfáticos](#)).

- 83.4.1)- Causas.

- Entre las causas de la inflamación crónica se pueden distinguir:

- 83.4.1.1)- Infecciones Persistentes.

- En el caso de microbios difíciles de erradicar, como [micobacterias](#), ciertos hongos, virus y parásitos. Pueden dar lugar a la formación de [granulomas](#).

- 83.4.1.2)- Enfermedades Mediadas por el Sistema Inmune.

- En algunas enfermedades en las que la [respuesta inmunitaria](#) se produce de manera exagerada o inapropiada, en relación al agente desencadenante, la inflamación crónica juega un papel importante en el aspecto patológico de las mismas.

- En estos casos, como la respuesta inmune está sobredimensionada, no produce beneficio, sino daño. Por ejemplo:

- - En las enfermedades [autoinmunes](#), el sistema inmune de un individuo produce anticuerpos contra sus propios tejidos, provocando una reacción inmune continua, que resulta en inflamación crónica, y daño de los tejidos; es el caso de la [artritis reumatoide](#) y la [esclerosis múltiple](#);
- - En otros casos, se produce una respuesta inmune exagerada, frente a microbios, como en la [enfermedad de Crohn](#), en la que se produce una reacción frente a las bacterias intestinales;
- - En las reacciones [alérgicas](#), se produce una respuesta desproporcionada a agentes ambientales comunes, como en el [asma](#) bronquial.

- En este tipo de enfermedades, se suelen producir brotes repetidos de inflamación, por lo que se pueden observar características mixtas, de la inflamación aguda y crónica.

- 83.4.1.3)- Exposición Prolongada a Agentes Tóxicos.

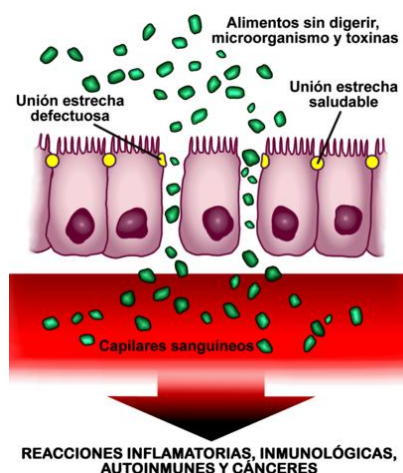
- Dichos agentes pueden ser:

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

---

- - Exógenos, como el polvo de [sílice](#), un material inerte y no degradable, que inhalado por periodos prolongados, puede producir la enfermedad inflamatoria de los pulmones conocida como [silicosis](#);
- -Endógenos:- La acumulación de lípidos endógenos tóxicos (Véase también [LDL](#)), en los vasos sanguíneos, produce una inflamación crónica de los mismos, causando [aterosclerosis](#).

**83.4.1.4)- Teorías Nuevas: Permeabilidad Intestinal Aumentada.**



- Esquema de la pared del intestino con [permeabilidad aumentada](#). Los dos factores más potentes que la provocan son ciertas [bacterias](#) intestinales y la [gliadina](#)<sup>6</sup> : principal fracción tóxica del [gluten](#), independientemente de la predisposición genética, es decir, tanto en [celíacos](#) como en no celíacos.<sup>78</sup> .

-Esto permite el paso sin control de sustancias al torrente sanguíneo, con el consiguiente posible desarrollo de enfermedades inflamatorias, [autoinmunes](#), [infecciones](#), [alergias](#) o [cánceres](#), tanto intestinales, como en otros [órganos](#).<sup>6</sup> .

-La alteración de la [permeabilidad intestinal](#), está implicada en el desarrollo de un creciente número de enfermedades, entre ellas ciertas enfermedades inflamatorias, en las que el aumento de la permeabilidad intestinal, permite el paso de [antígenos](#), desde el intestino a la sangre, produciendo una respuesta [inmune](#), que puede dirigirse contra cualquier [órgano](#) o [tejido](#).<sup>6</sup> .

-El [epitelio](#) intestinal es la superficie [mucosa](#) más grande del organismo, e interactúa con el entorno. Cuando la mucosa intestinal está sana, con la permeabilidad intacta, constituye la principal barrera, para evitar el paso de macromoléculas : nutrientes incompletamente digeridos, toxinas y ciertas bacterias intestinales.

-Cuando la permeabilidad intestinal está dañada : aumentada, la barrera intestinal pierde su función protectora, y pasan al torrente sanguíneo moléculas, que no deberían pasar, provocando la aparición de reacciones inmunitarias.

- En la mayoría de los casos, el aumento de la permeabilidad intestinal aparece antes que la enfermedad, y provoca una anomalía en la exposición al antígeno, que desencadena el proceso inflamatorio. Esto implica que la respuesta inflamatoria, puede ser en teoría detenida y posiblemente invertida, si se elimina el desencadenante o desencadenantes ambientales.<sup>6</sup> .

-Los dos factores más potentes, que provocan aumento de la permeabilidad intestinal, son



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

---

ciertas [bacterias](#) intestinales y la [gliadina](#) :principal fracción tóxica del [gluten<sup>6</sup>](#) ; independientemente de la predisposición genética, es decir, tanto en [celíacos](#), como en no celíacos.<sup>78</sup>.

- Otras posibles causas, son: la prematuridad, la exposición a la [radiación](#), y la [quimioterapia](#).<sup>6</sup> .

- 83.4.2)- Características.

-Mientras que la inflamación aguda se caracteriza por la aparición de: cambios vasculares, edema, e infiltración de neutrófilos, la inflamación crónica, presenta las siguientes características distintivas:

- - Infiltración con células mononucleares: macrófagos, [linfocitos](#), y [células plasmáticas](#);
- - Destrucción de tejidos, debido a la persistencia del agente o de las células inflamatorias;
- - Intentos de reconstrucción, reemplazando el tejido dañado con [tejido conectivo](#), con proliferación de vasos : [angiogénesis](#) y, sobre todo, [fibrosis](#).

- Además de los infiltrados celulares, en la inflamación crónica, es muy importante el crecimiento de vasos sanguíneos : [angiogénesis](#), y linfáticos, estimulado por [factores de crecimiento](#) como [VEGF](#), producidos por macrófagos y células endoteliales.

- 83.4.3)- Células Implicadas en la Inflamación Crónica.

- 83.4.3.1)- Macrófagos.

- Los [macrófagos](#) son el tipo celular dominante en la inflamación crónica. Son uno de los componentes del [sistema fagocítico mononuclear](#), también denominado sistema retículo-endotelial, que está formado por células originadas en la [médula ósea](#).

- Los macrófagos son células residentes en los tejidos, que se originan a partir de los [monocitos](#) del plasma. Sin embargo, mientras que los monocitos tienen una vida media corta (1 día), los macrófagos tisulares sobreviven durante meses o años.

- Según el tejido en el que se encuentran, los macrófagos tisulares reciben nombres diferentes: por ejemplo: los [histiocitos](#) del [tejido conjuntivo](#); las [células de Kupffer](#) del [hígado](#); las [células de Langerhans](#) de la [epidermis](#); los [osteoclastos](#) del [tejido óseo](#); la [microglía](#) del SNC; o los macrófagos alveolares del [pulmón](#).

- Los macrófagos tisulares son células centinela, conjuntamente con los mastocitos, ya que presentan receptores específicos, capaces de detectar agentes infecciosos, como los [receptores de tipo Toll](#).

- La unión de estos receptores a sus ligandos, produce la activación de los macrófagos, proceso que puede inducirse además por la presencia de [citoquinas](#), como el [interferón-γ](#) (IFN-γ), una molécula segregada por los [linfocitos T](#), activados ,y por las [células NK](#).

-Los productos de los macrófagos activados, eliminan microbios, e inician el proceso de reparación tisular, y son los responsables de la mayor parte de los daños tisulares en la inflamación crónica.

- Entre estos productos, podemos destacar: las [especies reactivas del oxígeno](#) (ERO) y del [nitrógeno](#), así como las [enzimas lisosomales](#), [citoquinas](#), [factores de crecimiento](#), y otros [mediadores de la inflamación](#).

Algunos de estos productos, como los radicales libres, son tóxicos, y destruyen tanto los microbios como los tejidos; otros atraen otros tipos celulares, o inducen la producción de colágeno, por parte de los [fibroblastos](#) o la [angiogénesis](#).

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

---

-De hecho, podrían existir dos poblaciones diferentes de macrófagos activados, en función del tipo de activación, que hayan sufrido:

- - Activación por microbios o IFN- $\gamma$ : producción de sustancias inflamatorias, dañinas para los tejidos : ROS y RNS, [proteasas](#), citoquinas, factores de [coagulación](#), metabolitos del [ácido araquidónico](#);
- - Activación por [IL-4](#) y otras citoquinas: producción de sustancias mediadoras de la reparación tisular : factores de crecimiento, citoquinas fibrogénicas, factores angiogénicos como [FGF](#)....

- La artillería destructiva a disposición de los macrófagos, les convierte en unos eficaces combatientes en la lucha contra la invasión por agentes patógenos, pero se convierte en un arma temible de doble filo, cuando se dirige hacia los propios tejidos.

- Por ello, la destrucción de tejidos, es un elemento característico de la inflamación crónica, ya que a diferencia de la inflamación aguda, en la que los macrófagos desaparecen cuando se elimina la causa : mueren o entran en las vías linfáticas, en la inflamación crónica los macrófagos se acumulan, aumentando los daños colaterales.

- 83.4.3.2)- Linfocitos.

- Los linfocitos son células, que se movilizan en la [respuesta específica](#) del sistema inmune, activándose con el objetivo de producir [anticuerpos](#), y células capaces de identificar y destruir el microbio patógeno.

- Los macrófagos segregan citoquinas : sobre todo [TNF](#) e [IL-1](#), y [quimioquinas](#) capaces de reclutar leucocitos a partir de la sangre, y movilizarlos hacia la zona afectada.

- Las interacciones entre linfocitos y macrófagos, son bidireccionales, ya que los macrófagos reclutan y activan linfocitos, y estos a su vez segregan citoquinas : sobre todo IFN- $\gamma$ ; con una potente capacidad de activar macrófagos.

- De manera que una vez que los linfocitos entran en acción, la inflamación tiende a agravarse, convirtiéndose en crónica y severa.

- 83.4.3.3)- Células Plasmáticas.

- Las [células plasmáticas](#) se diferencian a partir de los linfocitos B activados. Su función consiste en la producción de grandes cantidades de anticuerpos, dirigidos contra el microbio patógeno, o en ocasiones contra antígenos endógenos : en las enfermedades [autoinmunes](#)).

- En algunos pacientes con inflamación crónica : la [artritis reumatoide](#), las células plasmáticas, linfocitos y células presentadoras de antígenos, se acumulan en nódulos similares a los [ganglios linfáticos](#), que contienen incluso centros germinales bien definidos. - Estos nódulos se denominan: *órganos linfoides terciarios*.

- 83.4.3.4)- Eosinófilos.

- Los [eosinófilos](#) son abundantes en reacciones inflamatorias, mediadas por [IgE](#), y en infecciones por [parásitos](#).

- Estos leucocitos tienen gránulos, que contienen la [proteína básica principal](#), una proteína catiónica muy básica, que es tóxica, tanto para los parásitos, como para los tejidos.

- Tienen por ello, un papel importante en la destrucción de tejidos, en reacciones inmunes, como las alergias.

- 83.4.3.5)- Mastocitos.

- Los [mastocitos](#), como los macrófagos, son células centinelas ampliamente distribuidas por los tejidos, que reaccionan al estrés físico : calor, frío, presión, y participan tanto en la inflamación aguda como en la crónica.



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

---

---

- En sus membranas tienen receptores para IgE, que en reacciones de hipersensibilidad inmediata, estimulan la degranulación, liberando mediadores como: [histamina](#) y [prostaglandinas](#).
- Este tipo de reacción, ocurre en las reacciones alérgicas, pudiendo llegar a producir un [choque anafiláctico](#). En la inflamación crónica, como presentan una gran variedad de mediadores, pueden promover o limitar la inflamación, en función de las circunstancias.
- 83.4.3.6)- Neutrófilos.
  - Aunque los [neutrófilos](#) (PMN) son característicos de la inflamación aguda, en muchos casos de inflamación crónica, puede detectarse la presencia de PMN, durante meses, bien debido a la persistencia de la infección, o de mediadores producidos por los linfocitos.
  - Esto ocurre por ejemplo en la [osteomielitis](#) : infección bacteriana crónica del hueso, o en el daño crónico de los pulmones, inducido por el humo del tabaco y otros irritantes.
- 83.4.4)- Inflamación Granulomatosa.
  - Es un patrón característico de inflamación crónica, que solo se encuentra en algunos casos bien definidos de inflamación crónica. Un granuloma es un intento celular de aislar un cuerpo extraño, que no puede ser fagocitado.
  - Normalmente se produce una fuerte activación de linfocitos T, que induce a su vez la activación intensa de los macrófagos. Como resultado de esta activación, se producen los granulomas, que son focos de inflamación crónica, en los que el agente patógeno, está en el centro, rodeado por macrófagos transformados en células pseudo-epiteliales, rodeados por leucocitos mononucleares, sobre todo linfocitos, y en ocasiones células plasmáticas.
  - El prototipo de enfermedad granulomatosa, es la [tuberculosis](#), pero los granulomas pueden identificarse en otras enfermedades, como la: [sífilis](#), [vasculitis](#), [sarcoïdosis](#), [lepra](#), o la [enfermedad de Crohn](#). Se pueden detectar dos tipos fundamentales de granulomas:
    - - Por cuerpo extraño:- Generados por materiales externos relativamente inertes, como el [talco](#) : asociado con el abuso intravenoso de drogas, suturas u otros materiales, que no se fagocitan fácilmente; frecuentemente debido al uso de [prótesis](#), material quirúrgico, sílice, berilio...
    - - Inmunitario:- Inducido por una variedad de agentes, capaces de inducir una respuesta inmune mediada por células, cuando el agente patógeno es difícilmente degradable.
  - El granuloma puede ir asociado a:
    - - Necrosis:
      - -Caseosa: producida por micobacterias.
      - -Abscesificada: en la [enfermedad por arañazo de gato](#), infecciones por [bartonella](#)...
    - - Fibrosis: que limita perfectamente el granuloma como ocurre en la [sarcoïdosis](#).
    - -Linfocitos y células plasmáticas: rodeándolo.
    - -Otros granulomas: no individuales, sino fusionados : tuberculosis o brucelosis.
  - Cuando existe mucha fibrosis, se diferencia perfectamente el granuloma y se denomina [sarcoïdosis](#): enfermedad que afecta principalmente al pulmón, ganglios linfáticos, piel, conjuntiva, riñón....
  - Otras veces se puede formar un espacio con gas; también pueden aparecer cristales de ácido úrico, que se depositan formando el granuloma (gota).
  - Y en la tuberculosis, el granuloma se caracteriza por necrosis caseosa central, sin inclusiones y sin fibrosis, lo que lo diferencia de la [sarcoïdosis](#).

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

---

- Sin embargo, hay tantas presentaciones atípicas de granulomas, que siempre es necesario identificar el agente patógeno, por otros métodos: tinciones específicas, cultivos celulares, técnicas moleculares : como la técnica de Reacción en cadena de la polimerasa o [PCR](#), o estudios serológicos.


- 83.5)- Véase También.

- [Antiinflamatorio](#);
- [Antiinflamatorio no esteroideo](#);
- [Tumor](#);

- 83.6)- Referencias.

1. [↑](#) Abbas, A.B.; Lichtman A.H. (2009). «Ch.2 Innate Immunity». *Basic Immunology. Functions and disorders of the immune system* (3rd edición). Saunders (Elsevier). [ISBN 978-1-4160-4688-2](#).
2. [↑](#) Goldsby Richard, *Inmunología*, 5.ª edición, Editorial Mc Graw Hill, Capítulo I pág. 7.
3. [↑](#) Cohnheim, Julius. *Ueber Entzündung und Eiterung*. 1867
4. [↑](#) [Saltar a: <sup>a</sup> <sup>b</sup> <sup>c</sup> <sup>d</sup> <sup>e</sup> <sup>f</sup> <sup>g</sup>](#) Kumar, MBBS, MD, FRCPath, V.; Abul K. Abbas, MBBS, Nelson Fausto, MD and Jon Aster, MD (2009). «Ch.2 Acute and chronic inflammation». En Saunders (Elsevier). *Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease* (8th edición). [ISBN 978-1-4160-3121-5](#).
5. [↑](#) Ames, B.N.; Cathcart, R.; Schwiers, E.; Hochstein, P. (1981), «[Uric acid provides an antioxidant defense in humans against oxidant- and radical-caused aging and cancer: a hypothesis](#)», *Proc Natl Acad Sci USA* 78: 6858-6862,
6. [↑](#) [Saltar a: <sup>a</sup> <sup>b</sup> <sup>c</sup> <sup>d</sup> <sup>e</sup> <sup>f</sup>](#) Fasano, A (2011 Jan). «[Zonulin and its regulation of intestinal barrier function: the biological door to inflammation, autoimmunity, and cancer](#)». *Physiol Rev* 91 (1): 151-75. [PMID 21248165](#). [doi:10.1152/physrev.00003.2008](#). Archivado desde [el original](#) el 26 de agosto de 2015.
7. [↑](#) [Saltar a: <sup>a</sup> <sup>b</sup>](#) Hollon, J; Puppa, EL; Greenwald, B; Goldberg, E; Guerrerio, A; Fasano, A (2015 Feb 27). «[Effect of gliadin on permeability of intestinal biopsy explants from celiac disease patients and patients with non-celiac gluten sensitivity](#)». *Nutrients* 7 (3): 1565-76. [PMID 25734566](#). [doi:10.3390/nu7031565](#).
8. [↑](#) [Saltar a: <sup>a</sup> <sup>b</sup>](#) Fasano, A (2012 Oct). «[Intestinal permeability and its regulation by zonulin: diagnostic and therapeutic implications](#)». *Clin Gastroenterol Hepatol* 10 (10): 1096-100. [PMC 3458511](#). [PMID 22902773](#). [doi:10.1016/j.cgh.2012.08.012](#). -

-83.7)- Bibliografía.

- -- VER: Los 139 LIBROS Publicados del Prof. Dr. Enrique Barmaimon: -  [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)- [-www.bvssmu@org.uy](mailto:www.bvssmu@org.uy) [libros], [barmaimon] ).(OR) .(buscar);( Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra. EN:

-LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10; Pag.52- 69.8)-

-83.8)- Enlaces Externos.




[Control de autoridades](#)



- [Proyectos Wikimedia](#)

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

---

---

-  Datos: [Q101991](#)
-  Multimedia: [Inflamations](#) Un -- VER: Los 139 LIBROS Publicados del Prof. Dr. Enrique Barmaimon: -  - [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)- - [www.bvssmu@org.uy](mailto:www.bvssmu@org.uy) [libros], [barmaimon] ).(OR) .(buscar);( Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra.
- EN: -LIBROS SOBRE SÌNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10; Pag.52- 69.8)-
- 
- Identificadores
- [GND: 4014975-4](#)
- [NDL: 00562014](#)
- Diccionarios y enciclopedias
- [Britannica: url](#)
- Identificadores médicos
- [MeSH: D007249](#)

-  Datos:[Q101991](#)
-  Multimedia:[Inflamations](#)

``

-Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Inflamación&oldid=118819484>»

-**Categorías:**

- [Anatomía patológica](#);
- [Signos clínicos](#);
- [Inflamaciones](#);
- [Sistema inmunitario](#);
- [Términos médicos](#);

-**Editar enlaces**

- Esta página se editó por última vez el 15 octubre 2019, a las 06:25.

0      0      0      0      0      0      0      0.

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

---

---

- CAPÌTULO LXXXIV: - 84)- VULVODINIA.-  
-De Wikipedia, la enciclopedia libre

**-VULVODINIA:**

[Especialidad](#)

[Obstetricia y ginecología](#)

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

---

---

- La vulvodinia o vestibulitis vulvar:- Es una molestia o un dolor crónico, en la zona que rodea la abertura de la [vagina \(vulva\)](#), que no tiene una causa identificable, y que dura tres meses como mínimo. El trastorno puede durar unos meses o años. <sup>1</sup>.

-ÍNDICE.-

- CAPÍTULO LXXXIV: - 84)- VULVODINIA.-

- 84.1)- [Signos y Síntomas](#).

- 84.2)- [Causas](#).

- 84.3)- [Complicaciones](#).

- 84.4)- [Tratamiento](#).

- 84.5)- [Referencias](#).

-84.6)- Bibliografía.

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

-84.1)- Signos y Síntomas.

- El síntoma principal de la vulvodinia es el dolor. El tipo de dolor puede ser diferente según la mujer.

-La vulvodinia puede provocar sensación de ardor, quemazón, irritación, o desolladuras en la vulva.

-Algunas mujeres también pueden tener: picazón, dolor, inflamación o pulsaciones. Estos síntomas pueden aparecer al ejercer presión en la zona vulvar, como durante el sexo, o al colocar un tampón.

-Los síntomas pueden presentarse durante el ejercicio, luego de orinar, o incluso al estar sentadas, o descansando.

-El dolor puede pasar de un lugar a otro, o presentarse siempre en el mismo lugar. Puede ser constante o intermitente. <sup>2</sup>.

-Factores desencadenante de los síntomas son:

- Tener relaciones sexuales;
- Insertar un tampón;
- Usar ropa interior o pantalones ajustados;
- Orinar;
- Sentarse por mucho tiempo;
- Ejercitarse o montar bicicleta <sup>3</sup>;

- 84.2)- Causas.

- - Lesiones o la irritación de los nervios que rodean la región de la vulva;
- - Infecciones vaginales anteriores;
- - Alergias o piel sensible;
- - Cambios hormonales;
- - Espasmos musculares o debilidad en el suelo pélvico, que sostiene el [útero](#), la [vejiga](#) y el [intestino](#) <sup>1</sup>.

- 84.3)- Complicaciones.

-La vulvodinia puede causar problemas emocionales, ya que puede ser dolorosa y frustrante, y puede impedir el deseo de tener relaciones sexuales. <sup>1</sup>:

- [Ansiedad](#);
- [Depresión](#);
- [Alteraciones del sueño](#);

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

---

- [Disfunción sexual](#);
  - Alteración de la imagen corporal;
  - Problemas de pareja;
  - Reducción de la calidad de vida <sup>1</sup>;
- 84.4)- Tratamiento.
- Algunas Opciones de Tratamiento son:
- - Medicamentos: - Se han utilizado exitosamente los [antidepresivos tricíclicos](#), lográndose buen control del dolor, que puede llegar hasta el 60% de los casos.  
- También se han indicado anticonvulsivantes, tanto vía oral como tópica.  
- Los anestésicos tópicos de liberación sostenida es otra opción.  
- Sin embargo, se deben tener presentes los efectos adversos, especialmente los [anticolinérgicos](#) de los [antidepresivos tricíclicos](#).  
- La sedación y los mareos son frecuentes, en el uso de anticonvulsivantes, lo que puede interferir en el tratamiento. Aunque escasas, hay investigaciones que evalúan el uso de: [doxepina](#), [cromolina](#), [nitroglicerina](#) y [capsaicina](#). También se utilizan infiltraciones con [corticoides](#). <sup>4</sup>.
  - -Terapia de biorretroalimentación: - Esta terapia puede ayudar a reducir el dolor, al enseñarle a relajar los músculos pélvicos, y a controlar el modo, en que el cuerpo responde a los síntomas. <sup>5</sup>.
  - -Anestesia local: - Los medicamentos, como el ungüento de lidocaína, pueden brindar un alivio temporal de los síntomas. El médico puede recomendar la aplicación de lidocaína, 30 minutos antes del acto sexual, para reducir las molestias.  
- El uso de un ungüento de lidocaína, puede provocar que la pareja tenga un entumecimiento temporal, después del contacto sexual. <sup>6</sup>.
  - -Bloqueadores nerviosos. Las mujeres que padecen dolor persistente que no responde a otros tratamientos, quizá puedan beneficiarse de las inyecciones locales de bloqueadores de nervios. <sup>5</sup>.
  - - Terapia para el suelo pélvico:- Muchas mujeres con vulvodinia ,sufren tensión en los músculos del suelo pélvico, que sostiene: el [útero](#), la [vejiga](#) y el [intestino](#). Los ejercicios para relajar esos músculos, pueden ayudar a aliviar el dolor provocado por la vulvodinia. <sup>5</sup>.
  - - Cirugía.- En casos de vulvodinia localizada o vestibulodinia, la cirugía para eliminar el área y tejido afectados (vestibulectomía), alivia el dolor en algunas mujeres.  
-La vestibulectomía es un tratamiento realmente efectivo, reservándose este proceder quirúrgico, para aquellos casos en los que han fracasado las terapias, no quirúrgicas descritas.  
-Existen varios procedimientos quirúrgicos:
    1. -Vestibuloplastia: Es la técnica más conservadora. Se realiza una incisión vertical en la parte posterior del introito, y se sutura horizontalmente, con la idea de ampliar el introito.
    2. -Vestibulectomía parcial con ascenso vaginal. Consiste en una escisión de la porción posterior del vestíbulo vulvar, con prolongación del epitelio vaginal ,sobre el vestíbulo.

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


---

3. - Vestibulectomía total. Es el más agresivo de los procedimientos quirúrgicos.  
- Consiste en la escisión completa del vestíbulo, el epitelio periuretral, y periclitórideo sobrante, prolongando el epitelio vaginal, hasta los labios menores lateralmente, y el cuerpo perineal en dirección posterior.
4. Perineoplastia.<sup>7</sup>.

**- 84.5)- Referencias.**

1.           ↑ [Saltar a: <sup>a b c d</sup> Vulvodynia \(Vulvodinia\). Instituto Nacional de la Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver \(Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development\)](#)
2.           ↑ [Vulvodynia \(Vulvodinia\). El Instituto Nacional de la Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver \(NICHD\)](#)
3.           ↑ [National Vulvodynia Association \(Asociación Nacional de la Vulvodinia\)](#)
4.           ↑ [Paolo Ricci A \(2010\); Scielo: Revista chilena de obstetricia y ginecología "VULVODINIA: UN DIAGNÓSTICO OLVIDADO FRENTE AL DOLOR VULVAR"](#)
5.           ↑ [Saltar a: <sup>a b c</sup> Spadt SK, et al. Treatment of vulvodynia \(vulvar pain of unknown cause\) \(Tratamiento de la vulvodinia \[dolor vulvar por causas desconocidas\]\)](#)
6.           ↑ [Gynecologic problems FAQ127 \(Problemas ginecológicos FAQ127\). Vulvodynia \(Vulvodinia\). Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos \(American College of Obstetricians and Gynecologists\)](#)
7.           ↑ [J.L. Gallo \(2011\) Elsevier: Vulvodinia, un problema olvidado y difícil de resolver;](#)

**-84.6)- Bibliografía.**



- -- VER: Los 139 LIBROS Publicados del Prof. Dr. Enrique Barmaimon: - - [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)- [-www.bvssmu@org.uy](mailto:www.bvssmu@org.uy) [libros], [barmaimon] ).(OR) .(buscar);( Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra. EN:

**-LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10; Pag.52- 69.8)-**

**- 84.6)- Enlaces Externos.**

- [Eunice kennedy shriver national institute of child health and human development](#)

[Control de autoridades](#)



- Proyectos Wikimedia
-  Datos: [Q1571008](#)
-  Multimedia: [Vulvodynia](#)
- Identificadores médicos

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

---

---

- [CIE-9: 625.70](#)
- [MeSH: D056650](#)

-  Datos:[Q1571008](#)
-  Multimedia:[Vulvodynia](#)

``

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Vulvodinia&oldid=118295189>»

**Categorías:**

- [Dolores](#)
- [Síndromes](#)
- [Enfermedades ginecológicas y obstétricas](#)
- Esta página se editó por última vez el 15 octubre 2019 a las 07:11.

**0 0 0 0 0 0 0 0.**

- CAPÍTULO LXXXV: - 85)- SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE.-  
-De Wikipedia, la enciclopedia libre.



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

---

---

**- SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE:**

**Clasificación y recursos externos**

[Especialidad](#)                      [Gastroenterología](#)

[CIE-10](#)                                [K58](#)

[CIE-9](#)                                  [564.1](#)

[CIAP-2](#)                                [D93](#)

[DiseasesDB](#)                        [30638](#)

[MedlinePlus](#)                        [000246](#)

[eMedicine](#)                            [med/1190](#)

[MeSH](#)                                  [D043183](#)

**Sinónimos**

- Colitis espasmódica
- Colitis espástica
- Colitis mucosa
- Colitis nerviosa
- Colon espasmódico
- Colon espástico
- Colon irritable
- Colopatía funcional
- Enfermedad del colon irritable
- Enfermedad del intestino irritable

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

---

---

- Síndrome del colon irritable

- El síndrome del intestino irritable (SII), antiguamente llamado colon espástico, colon nervioso o colon irritable,<sup>123</sup> es un grupo de síntomas digestivos, que incluyen dolor o molestias [abdominales](#), acompañados de una modificación en la frecuencia o en la consistencia de las [deposiciones](#), sin ninguna señal visible de daño, o enfermedad en el [tracto digestivo](#).<sup>1</sup>
- Estos síntomas, ocurren durante mucho tiempo, a menudo años, y puede haber períodos de agudización o mejoría.<sup>4</sup> Es un [trastorno digestivo funcional](#).<sup>56789</sup>
- Se ha clasificado en cuatro tipos principales, dependiendo de si, el síntomas más común: es la diarrea (SII-D), el estreñimiento (SII-E), ambos son frecuentes (SII-M), o ninguno de los dos ocurre muy a menudo (SII-NC).<sup>110</sup>
- Las terminologías que se han acuñado en el pasado, para referirse a este síndrome, y que aluden al [colon](#), están obsoletas y actualmente desaconsejadas, puesto que el trastorno no se limita a este tramo del tubo digestivo.<sup>123</sup>
- Es una afectación muy frecuente, especialmente en personas jóvenes, constituyendo en la práctica clínica habitual, uno de los principales motivos de consulta, tanto en la [atención primaria de salud](#), como al especialista de [gastroenterología](#).<sup>911</sup>
- Actualmente se sabe que el SII, no es un [trastorno psiquiátrico](#) ni [psicológico](#).<sup>7</sup>
- Sin embargo, durante años, solo se ha considerado como enfermo, aquel paciente en el que se podía demostrar, una causa orgánica de sus molestias, mientras que en el resto se aceptaba, que presentaban "[trastorno de somatización](#)" o "[hipocondría](#)", y estas erróneas creencias, continúan estando generalizadas en la actualidad.
- Los trastornos funcionales producen un gran deterioro de la calidad de vida e incompreensión, incluso superiores a los relacionados con dolencias orgánicas.<sup>9</sup>
- Se ha demostrado que tanto el [estrés](#), como los problemas psicológicos o psiquiátricos, provocan malos hábitos alimenticios, y esta mala [nutrición](#), causa diversos trastornos de salud, incluyendo problemas gastrointestinales, y empeora la salud mental, en una especie de círculo vicioso.<sup>12</sup>
- Antes de instaurar un tratamiento, el paciente debe ser evaluado, para excluir otros diagnósticos, con síntomas similares, a los del SII.<sup>13</sup>
- No obstante, a los médicos, se les recomienda que minimicen el uso de pruebas médicas.<sup>14</sup> habitualmente diagnostican un SII, empleando los [criterios de Roma](#), que permiten dar el diagnóstico simplemente, basándose en los síntomas digestivos, sin la realización de ninguna [prueba ni exploración complementaria](#).<sup>1091315</sup> por lo que suponen un abaratamiento de los costes, pero no tienen suficiente precisión.<sup>13</sup>
- Asimismo, cuando se realizan pruebas complementarias, los criterios propuestos para su elección, dependen de los recursos disponibles.<sup>7</sup>
- Normalmente, los médicos interrogan minuciosamente al paciente, para descartar síntomas de alarm, que indiquen un posible [cáncer](#) digestivo, pero se olvidan de buscar los [síntomas](#) o [signos](#) no digestivos, que son claves fundamentales, para poder sospechar enfermedades orgánicas, que pueden afectar a múltiples órganos, entre las cuales una de las más frecuentes es la [enfermedad celíaca](#).<sup>16</sup>
- En más del 20% de los caso, transcurren diez años, antes de que el médico sospeche su presencia , y realice todas las pruebas necesarias para su diagnóstico.<sup>16</sup>
- La complejidad y diversidad de la presentación del SII, hacen que el tratamiento sea variado<sup>13</sup> y depende de los síntomas y de su gravedad.<sup>10</sup>

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

---

- Entre las medidas dietéticas, se aconseja una [dieta sin gluten](#),<sup>1017</sup> que es eficaz aproximadamente en la mitad de los pacientes,<sup>18</sup> y baja en [FODMAP](#) : hidratos de carbono fermentables).<sup>1017</sup> .
- La dieta sin gluten, es una dieta segura y equilibrada, que no provoca ningún efecto secundario negativo.<sup>19</sup> .
- Por el contrario, el seguimiento de una dieta baja en FODMAP, si bien ayuda a controlar los síntomas digestivos a corto plazo,<sup>20212223</sup> a largo plazo, puede acarrear efectos negativos,<sup>212324</sup><sup>25</sup> alterando desfavorablemente la [flora intestinal](#)<sup>21232425</sup> y la correcta ingesta de nutrientes.<sup>21</sup> .
- Aunque los [FODMAP](#), pueden provocar ciertas molestias digestivas, como hinchazón abdominal, en realidad no solo no causan inflamación intestinal, sino que la evitan, y ejercen propiedades anticancerígenas.<sup>182627</sup> .
- Para manejar el estreñimiento, se recomienda aumentar el consumo de [fibra](#), que puede incluir la toma de suplementos de [psyllium](#).<sup>10</sup>; fármacos como la [loperamida](#) y la [colestiramina](#), pueden ser útiles en el SII, con predominio de diarrea, y laxantes tipo polietilenglicol y la [linaclotida](#) en el SII, con predominio de estreñimiento.<sup>10</sup> .
- Para el dolor, que suele ser difícil de controlar, se pueden emplear espasmolíticos del músculo liso.<sup>10</sup> .
- Muchas personas pasan años diagnosticadas por error como SII, o no son nunca correctamente diagnosticadas ni tratadas; cuando en realidad padecen [enfermedad celíaca](#) o [sensibilidad al gluten no celíaca](#) : pruebas negativas de enfermedad celíaca, pero mejoría al eliminar el [gluten](#).<sup>182829</sup> .
- Es difícil relacionar con el consumo de [gluten](#), la aparición de los diversos y variados síntomas digestivos y no digestivos, principalmente debido a que normalmente estamos comiendo gluten inadvertidamente, en cualquiera de las comidas diarias aparentemente libres de gluten, bien como [aditivo](#), o bien por [contaminaciones cruzadas](#),<sup>2930</sup> , y las reacciones pueden ser retardadas, horas, días o incluso semanas.<sup>31</sup> .
- Especialmente en el caso de los síntomas de SII ,debidos a la sensibilidad al gluten no celíaca, los pacientes permanecen en una "tierra de nadie", sin ser reconocidos ni por los especialistas en trastornos funcionales, ni por los especialistas en enfermedad celíaca.<sup>29</sup> .

- ÌNDICE.-

- CAPÍTULO LXXXV: - 85)- SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE.-

-85.1)- [Clasificación](#).

- 85.2)- [Historia](#).

- 85.3)- [Epidemiología](#).

- 85.4)- [Etiología](#).

- 85.5)- [Cuadro Clínico](#).

- 85.5.1)- [Comorbilidad Con Otras Enfermedades](#).

- 85.5.2)- [Síntomas Incompatibles Con el Síndrome del Intestino Irritable](#).

- 85.6)- [Diagnóstico](#).

- 85.6.1)- [Criterios Diagnósticos Basados en Síntomas](#).

- 85.6.2)- [Criterios Diagnósticos Por Exclusión de Patología Orgánica](#).

- 85.6.2.1)- [Analítica Elemental](#).

- 85.6.2.2)- [Gastroscopia](#).

-85.6.2.3)- [Pruebas Genéticas](#).

- 85.6.2.4)- [Colonoscopia](#).

-85.6.2.5)- [Estudios de Imagen](#).

- 85.6.2.6)- [Test Respiratorios de Malabsorción de Carbohidratos](#).

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

---

- 85.6.2.7)- [Pruebas en Heces.](#)
  - 85.6.2.8)- [Biomarcadores y Alergias Alimentarias.](#)
  - 85.7)- [Diagnóstico Diferencial.](#)
  - 85.8)- [Tratamiento.](#)
  - 85.8.1)- [Medidas Generales.](#)
  - 85.8.2)- [Relación Médico-paciente.](#)
  - 85.8.3)- [Dieta](#)
  - 85.8.3.1)- [Dieta Sin Gluten.](#)
  - 85.8.3.2)- [Controversias Sobre la Dieta Baja en FODMAP.](#)
  - 85.8.4)- [Estilo de Vida.](#)
  - 85.8.5)- [Terapias Dirigidas a la Microbiota e Inflamación.](#)
  - 85.8.5.1)- [Probióticos](#)
  - 85.8.5.2)- [Prebióticos y Simbióticos.](#)
  - 85.8.5.3)- [Antibióticos.](#)
  - 85.8.5.4)- [Antiinflamatorios.](#)
  - 85.8.6)- [Tratamiento Farmacológico.](#)
  - 85.8.6.1)- [Antidiarreicos.](#)
  - 85.8.6.2)- [Antiespasmódicos.](#)
  - 85.8.6.3)- [Serotoninérgicos.](#)
  - 85.8.6.4)- [Lubiprostona.](#)
  - 85.8.6.5)- [Psicofármacos.](#)
  - 85.8.7)- [Terapias Psicosociales.](#)
  - 85.8.8)- [Fármacos en Desarrollo.](#)
  - 85.9)- [Pronóstico.](#)
  - 85.10)- [Véase También.](#)
  - 85.11)- [Referencias.](#)
  - 85.12)- [Bibliografía.](#)
  - 85.13)- [Enlaces Externos.](#)
- 85.1)- [Clasificación.](#)



- La escala de Bristol sirve para clasificar las heces según su apariencia y consistencia.
- Se han propuesto algunas escalas visuales descriptivas para la identificación del tipo de

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

---

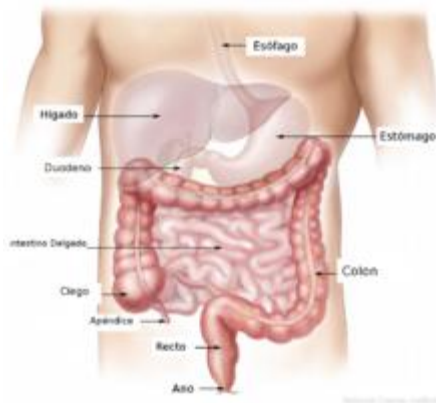
**heces.** La más ampliamente utilizada es la [escala de Bristol](#), que incluye una clasificación dividida en siete patrones, con ilustraciones.<sup>32</sup>

-Atendiendo a los síntomas, según los criterios de Roma IV, el síndrome del intestino irritable se clasifica en cuatro tipos: SII-E (con predominio de [estreñimiento](#), heces tipo 1 o 2), SII-D (con predominio de [diarrea](#), heces tipo 6 o 7), SII-M (con hábito intestinal mixto diarrea/estreñimiento) y SII-NC (sin clasificar, que no encaja en ninguno de los anteriores).<sup>10</sup>

- Los pacientes pasan de un subgrupo a otro con frecuencia.<sup>76</sup> Asimismo, se puede clasificar según predomine la disfunción intestinal, el dolor o la [hinchazón](#).<sup>7</sup>

-Otra clasificación posible es atendiendo a los factores precipitantes: post-infeccioso, inducido por alimentos o vinculado al estrés.<sup>7</sup>

. 85.2)- Historia.



- El aparato digestivo donde se señalan cada una de sus partes incluido el colon o intestino grueso.

-Históricamente, el síndrome del intestino irritable (SII), se reconoció hace más de 150 años, con la descripción en 1849 de Cumming: *"Los intestinos presentan una vez estreñimiento, otra diarrea, en la misma persona. No puedo explicar cómo la enfermedad tiene estos dos síntomas diferentes"*.<sup>13</sup>

-En el pasado se han empleado diversos términos para referirse a los síntomas del síndrome del intestino irritable, tales como colitis mucosa, colitis espástica, colon espástico, colon nervioso o colon irritable.<sup>1233</sup>

- El término síndrome del colon irritable, se atribuye a Walter C. Álvarez, quien completó su formación médica en la Universidad de Stanford en 1910.<sup>34</sup>

Posteriormente, fue sustituido, por síndrome del intestino irritable, puesto que los problemas no se limitan al [colon](#).<sup>34</sup>

-La comprensión del SII, ha experimentado una rápida evolución con el progreso científico.<sup>13</sup>

- A lo largo del tiempo, se han propuesto diversos criterios para intentar evitar pruebas superfluas, y poder establecer un diagnóstico positivo basado en los [síntomas](#).

-Al tratarse de un trastorno funcional, se ha asumido que el paciente con SII, no presenta ninguna alteración bioquímica o estructural, que pueda justificar la naturaleza de los síntomas. Sin embargo, estos síntomas son compartidos por numerosas dolencias orgánicas, lo que explica la dificultad para establecer un consenso.<sup>9</sup>

-En 1978, Manning formuló los primeros criterios basados en los síntomas.<sup>9</sup>

- En 1992, se publicaron los criterios de Roma I, en 1999 los criterios de Roma II, y en 2006 los criterios de Roma III, elaborados por comités de expertos, que se reúnen periódicamente en Italia.

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

---

---

- Se ha fomentado la aplicación de estos criterios basados en los síntomas para el diagnóstico del SII, y son utilizados por la mayoría de los clínicos desde hace años.
  - Sin embargo, se desarrollaron en parte, para la selección de pacientes para su inclusión en estudios de investigación ([ensayos clínicos](#)).<sup>8911</sup>.
  - Según una revisión sistemática reciente, Dang *et al.*, 2012, pocos estudios, han validado los criterios de Roma I y Roma II, y ningún estudio ha validado los criterios de Roma III.<sup>8</sup>.
  - En 2009, en una declaración de consenso de expertos en el tema, el Colegio Americano de Gastroenterología (ACG), estableció que ningún criterio basado en los síntomas, tiene precisión ideal para diagnosticar el SII.<sup>13</sup>.
  - Actualmente, todavía no se han desarrollado y validado criterios diagnósticos, basados en los tipos de sintomatología, que presentan los pacientes, puesto que la localización de causas orgánicas subyacentes, podría perderse sin la realización de [endoscopias](#).<sup>8</sup>.
  - Asimismo, hay pruebas de que ya no es apropiado ver el SII, como un trastorno puramente funcional, sin ninguna causa orgánica asociada.<sup>1335</sup>.
- 85.3)- Epidemiología.
- El síndrome del intestino irritable (SII) representa por sí solo, entre el 10 y el 15% del motivo, de todas las consultas en Atención Primaria, y entre el 25 y el 30% de los pacientes derivados a las consultas del [gastroenterólogo](#).<sup>9</sup>.
  - Afecta de manera desigual a un amplio porcentaje de la población. Las estimaciones sobre su incidencia, son complicadas por diversos motivos, entre ellos los criterios empleados para el diagnóstico, y la pequeña proporción de los pacientes afectados, que busca ayuda médica.<sup>98</sup>
  - La frecuencia es entre un 10 a un 15% de la población general de [Europa Occidental](#) y [Norteamérica](#), y entre un 5 y un 10% de [Asia](#).
  - Se han llegado a alcanzar en algunas series, cifras del 25% de afectados en la población general. Las tasas más bajas reportadas, han sido en países como: [Israel](#), [Irán](#), [India](#) y [China](#), con estimaciones que han llegado a ser tan bajas como el 1% en este último.<sup>836</sup>.
  - En España, la prevalencia encontrada es del 7,8%, de la población general.<sup>9</sup>.
  - Un aspecto llamativo, es que la relación mujer/hombre, registrada en el [mundo occidental](#) (2:1), no se ha constatado en los países asiáticos.<sup>9</sup>.
  - El SII es más frecuente en edades más jóvenes, si bien se ha descrito un segundo pico de incidencia, en edades más avanzadas.<sup>9</sup>
  - Es importante reseñar, que todas estas cifras son el resultado de estudios, en los que el diagnóstico se ha basado en los [síntomas](#).
  - Algunos autores han sugerido, que cualquier estrategia basada en la búsqueda intencionada de un trastorno orgánico subyacente (“diagnóstico por exclusión”), reduciría con toda probabilidad estos valores, al conseguir identificar enfermedades, con una base orgánica cuyos síntomas simulan a los del SII.<sup>9</sup>.
- 85.4)- Etiología.
- Tradicionalmente, el síndrome del intestino irritable (SII), ha sido catalogado como una enfermedad, por hipersensibilidad [visceral](#), que conduce a la aparición de malestar y/o dolor [abdominal](#), y se acompaña de alteraciones [motoras gastrointestinales](#), que conducen a la [diarrea](#) o [estreñimiento](#).
  - Los trastornos motores gastrointestinales identificados, incluyendo cambios en el tránsito intestinal, no explican por sí solos, la combinación o alternancia de síntomas en el SII.<sup>13</sup>.
  - El SII no es un trastorno psiquiátrico ni psicológico.<sup>7</sup>. Algunos autores han sugerido que la



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

---

hipersensibilidad visceral y las alteraciones motoras gastrointestinales, son secundarias a trastornos psicológicos, sin darles una importancia primordial. Sin embargo, no todos los pacientes con SII, tienen una superposición de trastornos psicológicos significativa, y el sesgo de referencia se puede explicar en parte por las asociaciones psicológicas.<sup>13</sup>.

- No se ha demostrado, la existencia de factores psicológicos, que provoquen el SII o que influyan en su instalación, si bien los factores psicológicos, pueden contribuir al deterioro de la calidad de vida, e incidir en la percepción de la severidad de los [síntomas](#), por lo que es común, que los pacientes con SII, presenten afecciones psicológicas : [ansiedad](#), [depresión](#), miedos vinculados a los síntomas, etc..<sup>7</sup>.

- Existen abundantes pruebas, de que ya no resulta apropiado etiquetar al SII, como un trastorno puramente funcional, sin ninguna causa [orgánica](#) asociada.<sup>35</sup>.

- Cada vez hay más evidencias, de que puede ser identificada alguna enfermedad orgánica del [tracto gastrointestinal](#), como causante de la aparición de la hipersensibilidad visceral y los trastornos de la motilidad gastrointestinal, en una parte de los pacientes que cumplen los criterios de Roma, para el diagnóstico del SII.<sup>13</sup>.

- Las evidencias incluyen la presencia de micro-inflamación intestinal,<sup>3513</sup> alteración de la [serotonina](#), trastornos del control central, [sobrecrecimiento bacteriano intestinal](#), sensibilidad a ciertos alimentos, [malabsorción](#) de [hidratos de carbono](#), reactividad post-infecciosa,<sup>13</sup> alteraciones en la [micro flora intestinal](#),<sup>3513</sup> aumento de la [permeabilidad intestinal](#), y [citocinas](#) proinflamatorias en la [circulación sistémica](#), etc.<sup>35</sup>.

- Se ha descrito asimismo, una posible asociación entre el SII y la [diverticulosis del colon](#), en las personas de edad avanzada.

- Aún está por definir, el papel de las [infecciones](#) e [infestaciones](#) intestinales crónicas, como las que ocurren más comúnmente en [climas tropicales](#), para generar una sintomatología similar al SII, al iniciar una [inflamación crónica](#).<sup>35</sup>.

- Por otra parte, también parece probable, que presente una participación [genética](#) el SII.<sup>13</sup> -

-Diversos estudios sugieren la existencia de una prevalencia familiar aumentada. Los resultados de estos estudios, sugieren que la contribución de la genética, es razonablemente elevada, con evidencias a favor de una interacción, entre [factores hereditarios](#) y [ambientales](#) en la [patogénesis](#) del SII.

- Una preocupación que añade incertidumbre en estos estudios, es la presencia de cualquier otra enfermedad de base genética, que, al presentar síntomas gastrointestinales parecidos, pueda estar contribuyendo falsamente a la “agregabilidad familiar”, observada en el SII.

- Tal es el caso de la [enfermedad de Crohn](#), la [enfermedad celíaca](#), o la [intolerancia a la lactosa](#) o [fructosa](#), que deben ser razonablemente excluidas.<sup>9</sup>.

-Genes que han sido implicados en el desarrollo del SII, incluyen el HTR2A, HTR3E, la citosina IL10 o la IL6. Los genes IL-6, CDH1 y TLR9 pueden predisponer para el desarrollo del SII post-infeccioso. No obstante, la susceptibilidad genética sólo es un factor, que contribuye al desarrollo del síndrome, pero es necesaria la participación de otros factores ambientales.<sup>9</sup>.

- La comprensión de la [patogénesis](#) del SII, es importante, puesto que los nuevos fármacos actuales, están empezando a centrarse en los mecanismos [fisiopatológicos](#) conocidos del SII.<sup>13</sup>.

- 85.5)- Cuadro Clínico.

-El SII se trata, por lo general, de una afección [crónica](#), que acompaña al paciente a lo largo de toda su vida, unas veces con síntomas leves, que no los motivan a acudir al médico, y otras representan un importante trastorno en su vida diaria.<sup>3738</sup>.

-Los síntomas principales son la presencia de dolor o malestar [abdominal](#) que se alivia con la

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

---

---

[defecación](#), acompañado de hinchazón abdominal fluctuante, junto con la combinación de alteraciones en el patrón de [evacuación](#).<sup>9</sup>

-Los pacientes suelen describir el dolor como de tipo [cólico](#), con “retortijones” y de forma característica se alivia, o al menos mejora, con la [deposición](#) y/o la expulsión de gases.

- Aunque se localiza, más frecuentemente en la parte inferior del abdomen, también se puede presentar con localización difusa abdominal.<sup>9</sup>

- Otros síntomas, que lo constituyen son las alteraciones en el ritmo intestinal o con cambios en la forma y consistencia de las [heces](#).<sup>9</sup>

- Los pacientes en los que predomina la [diarrea](#) suelen presentar heces blandas, semilíquidas o acuosas, con una frecuencia de tres a seis deposiciones diarias, emitidas con carácter de urgencia. Con frecuencia, se manifiesta la necesidad de defecar al despertarse, después de cada ingesta de alimentos o ante situaciones de estrés, momentos en los que la actividad motora del [colon](#) es más intensa. No obstante, es excepcional que el enfermo se despierte por la noche con necesidad de [evacuar](#).<sup>9</sup>

-Los pacientes en los que predomina el [estreñimiento](#), suelen quejarse de un excesivo esfuerzo defecatorio, con frecuencia acompañado de una sensación “frustrante” o de [evacuación](#) incompleta. Síntomas tales como sensación de hinchazón, [flatulencia](#) o distensión abdominal, son más frecuentes en este subgrupo.<sup>9</sup>

-Otros pacientes presentan un ritmo fluctuante en las características de sus deposiciones, en el que se alternan períodos de estreñimiento y diarrea. El [moco](#) en las [heces](#), es un componente frecuente, con independencia del patrón defecatorio que predomine.<sup>9</sup>

-Estos tres patrones de comportamiento : diarreico, con estreñimiento, o alternante, pueden no ser estables en el tiempo, y tanto los pacientes con un patrón predominante de diarrea, como aquellos, en los que predomina el estreñimiento, pueden abocar o cambiar, durante su evolución a un ritmo alternante.<sup>9</sup>

- 85.5.1)- Comorbilidad Con Otras Enfermedades.

-El SII suele presentarse en forma concomitante a otras enfermedades, con manifestaciones dolorosas, tales como: la [fibromialgia](#), el [síndrome de fatiga crónica](#), los [trastornos de la articulación temporomandibular](#), el dolor pélvico crónico y la [dispepsia](#) no ulcerosa. Estos pacientes tienden a tener un SII, más severo.<sup>713359</sup>

-La coexistencia de manifestaciones extra-intestinales, tales como: [dolores de cabeza](#), neblina mental, [fibromialgia](#), [fatiga crónica](#), [ansiedad](#), [depresión](#), etc., resultan de gran utilidad, para realizar un correcto diagnóstico diferencial.

- Actualmente, la presencia de estos síntomas no digestivos, es crecientemente reconocida como las señas de identidad, de la existencia de una [sensibilidad al gluten no celíaca](#) subyacente.<sup>3940</sup>- Véase el apartado: [Diagnóstico diferencial](#) .

- 85.5.2)- Síntomas Incompatibles Con el Síndrome del Intestino Irritable.

- Los síntomas que no son compatibles, con un síndrome del intestino irritable, indican la posible presencia de una patología orgánica. Entre ellos se incluyen los siguientes:<sup>6</sup>

- -Inicio de los síntomas en edad media de la vida, o en personas mayores.
- -Presencia de [síntomas agudos](#), puesto que el síndrome del intestino irritable, se define por la [cronicidad](#).
- -Síntomas progresivos.
- -Síntomas nocturnos.
- -[Anorexia](#): (falta de apetito) marcada.
- -[Fiebre](#).



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

---

- -Sangrado [rectal](#).
- -[Diarrea](#) indolora.
- -[Esteatorrea](#).
- -[Intolerancia a la lactosa](#) y/o [fructosa](#).
- -Intolerancia al [gluten](#).
- -Pérdida de peso llamativa, en corto período de tiempo.

- 85.6)- Diagnóstico.

- Una [historia médica](#) completa, un [examen físico](#), y estudios de laboratorio específicos, pueden ayudar a establecer un diagnóstico de Síndrome del Intestino Irritable, en la mayoría de los pacientes.<sup>6</sup>

-Actualmente, existe un debate abierto, entre dos estrategias para llegar al diagnóstico positivo de SII: diagnóstico basado en [síntomas](#) compatibles, y diagnóstico por exclusión de cualquier patología orgánica, que requiere la realización de pruebas complementarias.<sup>9</sup>

- La [Organización Mundial de Gastroenterología](#) propone unos criterios, según los recursos disponibles para el diagnóstico.

-De esta forma, cuando los recursos son bajos, se puede diagnosticar un SII simplemente tras la realización de un examen físico, la exclusión de síntomas de alarma de cáncer digestivo, un hemograma con velocidad de sedimentación, examen de materias fecales, y la consideración de factores psicológicos.

-Por el contrario, cuando los recursos son altos, para el diagnóstico del SII, se realiza un descarte minucioso de posibles causas orgánicas de los síntomas, a través de la realización de una batería completa de pruebas, que incluyen, además de las anteriores, a marcadores de inflamación en sangre y heces, pruebas de malabsorción de ácidos biliares, pruebas de función tiroidea, anticuerpos específicos de enfermedad celíaca, y biopsias duodenales, colonoscopia con biopsias, y pruebas de intolerancia a la lactosa, y de [sobrecrecimiento bacteriano intestinal](#).<sup>7</sup>

-En cualquier caso, es importante recoger una completa historia clínica del paciente, incluyendo:<sup>9</sup>:

- - Edad: - La probabilidad de padecer una dolencia orgánica, aumenta a partir de los 50 años, lo que puede justificar la necesidad de llevar a cabo exploraciones específicas, para asegurar la ausencia de una patología potencialmente grave : ej: [cáncer de colon](#). Esta consideración es particularmente cierta, cuando los síntomas son de reciente aparición.<sup>9</sup>
- - Sexo: - En las mujeres, es más probable que la causa de los síntomas obedezca a un SII.<sup>9</sup>
- -Antecedentes familiares de cáncer de colon, [enfermedad inflamatoria intestinal](#) (EII) o [enfermedad celíaca](#). Cualquiera de estos antecedentes, es considerado como un dato de "alarma".<sup>9</sup>
- -Presencia de síntomas característicos del SII.<sup>9</sup> (Véase [Cuadro Clínico](#))
- - Presencia de los denominados "síntomas y/o [signos](#) de alarma":- Que hacen sospechar una causa orgánica que incluyen principalmente:
  - Pérdida de peso importante, no explicable por otra causa (superior a 4,5 kg).<sup>9</sup>
  - Fiebre persistente : superior a los 37,5 °C.<sup>9</sup>
  - Comienzo de los síntomas a partir de los 50 años.<sup>9</sup>

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

---

- Presencia de sangre en las [heces](#).<sup>9</sup>
- [Anemia ferropénica](#).<sup>6</sup>
- [Diarrea](#): con un volumen de heces superior a 300 cm<sup>3</sup> por día.<sup>9</sup>
- Diarrea de predominio nocturno.<sup>9</sup>
- En caso de la diarrea:- Toma reciente de [antibióticos](#), viajes recientes a una zona [endémica](#) de causas [infecciosas](#) de diarrea, y los antecedentes familiares de [celiaquía](#) o [EII](#).<sup>9</sup>
- En caso de [estreñimiento](#):- Antecedentes personales o familiares de [cáncer colorrectal](#).<sup>9</sup>
- Cualquier cambio en la naturaleza de los síntomas, especialmente si existen antecedentes familiares, de cáncer de colon o de enfermedad inflamatoria intestinal, puesto que una patología orgánica, puede aparecer en cualquier paciente con un SII previo.<sup>9</sup>
- Síntomas extradigestivos relacionados con la enfermedad celíaca o la sensibilidad al gluten no celíaca: - Normalmente, los médicos se olvidan de buscar los síntomas o signos no digestivos, que son claves fundamentales, para poder sospechar una enfermedad celíaca.<sup>16</sup> (Véase: [Diagnóstico diferencial](#)).
- Exploración física, en busca de datos para establecer la sospecha de una dolencia orgánica, como pueden ser presencia de: [lesiones cutáneas](#), signos de [artritis](#), [bocio](#), [linfadenopatías](#), palpación de una masa [abdominal](#), o disfunción del [suelo pélvico](#) mediante [tacto rectal](#).
- Otros signos típicos del SII, como: la palpación de zona de hipersensibilidad en la [fosa ilíaca](#) izquierda, son, sin embargo, muy inespecíficos.<sup>9</sup>

- 85.6.1)- Criterios Diagnósticos Basados en Síntomas.

- Basándose únicamente en la información recopilada mediante la [historia clínica](#) y el [examen físico](#), sin necesidad de recurrir a otras pruebas y exámenes complementarios,<sup>9</sup> según los criterios de Roma (actualmente Roma IV); se puede realizar un diagnóstico de SII, si se cumplen los siguientes criterios:<sup>1015</sup> :
  - - Instalación de los síntomas, como mínimo 6 meses antes del diagnóstico.
  - - Dolor o molestia [abdominal](#) recurrente : -Que constituye el síntoma principal, al menos un día por semana, durante los últimos 3 meses, que debe estar asociado con dos o más de las siguientes características:
    1. - Relacionado con la [defecación](#).
    2. -Cambio en la frecuencia de las [deposiciones](#).
    3. -Cambio en la forma : apariencia y/o consistencia de las deposiciones.
- Los criterios basados en síntomas, fueron desarrollados por [gastroenterólogos](#) de hospitales secundarios y terciarios.
- Su utilización sin realización de exploraciones complementarias, supone un abaratamiento de los costos, y permite establecer una homogeneidad en la selección de pacientes, para su inclusión en ensayos clínicos, clasificándolos en función del [patrón clínico dominante](#), pero su utilidad en la práctica clínica, y su exactitud a la hora de excluir una dolencia orgánica, continúa siendo especulativa.<sup>9</sup>
- En 2009, en una declaración de [consenso](#), de expertos en el tema, el Colegio Americano de Gastroenterología (ACG), estableció que ningún criterio basado en los síntomas, tiene precisión ideal para diagnosticar el SII.<sup>13</sup> .

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

---

- Asimismo, en los últimos años, han aparecido numerosos estudios, que alertan sobre la existencia de dolencias orgánicas, en pacientes previamente diagnosticados de un SII.

- Tal es el caso de entidades, que pueden manifestarse con criterios de «aparente funcionalidad», como: la [colitis microscópica](#), el [sobrecrecimiento bacteriano](#), la [malabsorción de sales biliares](#), la [enteropatía sensible al gluten](#), y la [insuficiencia exocrina del páncreas](#).<sup>9</sup>.

- 85.6.2)- Criterios Diagnósticos por Exclusión de Patología Orgánica.

- Para mantener un diagnóstico de SII, se debe descartar un conjunto de enfermedades, que pueden ser tratadas de manera específica. Estas incluyen fundamentalmente las infecciones entéricas : infecciones que se desarrollan en el tracto intestinal, los trastornos [hormonales](#), la [enfermedad celíaca](#), y el [cáncer colorrectal](#).

- Las pruebas más empleadas son:<sup>9</sup> :

- 85.6.2.1)- Analítica Elemental.

- -[Hemograma](#) completo con [velocidad de sedimentación globular](#) (VSG): para descartar la presencia de [anemia](#), [inflamación](#) o [infección](#).<sup>69</sup>.
- -[Bioquímica completa](#),<sup>9</sup>: que incluye la medición de los niveles sanguíneos de hierro, ferritina, calcio, proteínas totales, albúmina y colesterol, pruebas de función hepática, y niveles de vitamina D.
- -Niveles [séricos](#) de [PCR](#) (proteína C reactiva): para descartar la presencia de un proceso inflamatorio subyacente.<sup>96</sup>.
- - [Anticuerpos de enfermedad celíaca](#).<sup>6</sup>: Actualmente, la práctica habitual, es descartar la enfermedad celíaca, si estos anticuerpos son negativos, sin realizar las [biopsias duodenales](#).  
-Esta estrategia supone dejar sin diagnosticar, una gran parte de los casos, puesto que estos anticuerpos son habitualmente negativos en los [celíacos, que presentan inflamación intestinal, sin atrofia de las vellosidades](#).<sup>16</sup>.
- - Panel metabólico completo, para evaluar trastornos metabólicos : por ejemplo, determinación de los niveles de [TSH](#) y [hormonas tiroideas](#), para evaluar un [hiper](#) o [hipotiroidismo](#), y para descartar [deshidratación](#) y/o alteración de [electrolitos](#), en pacientes con [diarrea](#).<sup>6</sup>.
- - [Sistemático de orina y sedimento](#).<sup>9</sup>.

. 85.6.2.2)- Gastroscopia.

- La [gastroscopia](#) con toma de [biopsias duodenales](#) múltiple, está indicada en pacientes con [dispepsia](#) persistente, si la pérdida de peso o los síntomas sugieren [malabsorción](#), o si la [enfermedad celíaca](#) es una preocupación.<sup>6</sup>.

- Actualmente, la mayor parte de las personas con enfermedad celíaca, no presenta las características consideradas «clásicas» : diarrea y malabsorción.<sup>41</sup>.

- Los síntomas digestivos pueden ser indistinguibles de los del SII, incluyendo el estreñimiento.<sup>711</sup>. Muchos pacientes celíacos, reciben un diagnóstico inicial de SII, hasta el hallazgo de su enfermedad.<sup>9</sup>.

-Las recomendaciones de la American College of Gastroenterology Task Force, para el SII; establecen la indicación de realizar las [biopsias de duodeno](#), en los pacientes con [anticuerpos de enfermedad celíaca](#) positivos : [anticuerpos antiendomiso](#) o [anti-transglutaminasa](#).

-Sin embargo, esta afirmación, se basa en estudios en los que el diagnóstico de la

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

---

---

enfermedad celíaca, se fundamentó en el hallazgo de una atrofia severa de las vellosidades intestinales ([Marsh 3c](#)).

- Actualmente, sin embargo, es creciente el reconocimiento de formas de enfermedad celíaca, con [lesiones leves en la mucosa duodenal](#), sin atrofia de las vellosidades intestinales, en las que la [serología](#), es habitualmente negativa : títulos bajos de anticuerpos en sangre.<sup>9</sup> .

- 85.6.2.3)- Pruebas Genéticas.

- Las pruebas genéticas : determinación de los [genotipos DQ2–DQ8 del sistema HLA](#), pueden ayudar a realizar un correcto diagnóstico diferencial en pacientes de SII, con [anticuerpos de enfermedad celíaca](#) negativos, y [hallazgos en las biopsias duodenales](#) no concluyentes.

- Nuevamente, la historia clínica, puede proporcionar información de gran valor en este punto, como puede ser cualquier antecedente familiar de [enteropatía sensible al gluten](#) (ESG), la coexistencia de otros [trastornos autoinmunes](#) : como [diabetes tipo 1](#), [Síndrome de Sjögren](#), [hipotiroidismo](#), [psoriasis](#), etc.; o antecedentes de retraso del crecimiento, [infertilidad](#), [osteoporosis](#), o [ferropenia](#) de origen no aclarado.<sup>9</sup> .

- 85.6.2.4)- Colonoscopia.

- La American College of Gastroenterology IBS Task Force, establece la recomendación de tomar [biopsias](#) del [colon](#), a diferentes niveles a los pacientes con SII, mayores de 50 años, y a pacientes de cualquier edad, en quienes se indica una [colonoscopia](#) por sospecha de SII-D.

- El hallazgo de diferentes lesiones : [divertículos](#), [pólipos](#), [angiodisplasias](#), [hemorroides](#), permite establecer un diagnóstico, que en algunos casos, puede tener relevancia a largo plazo.

- Realizar biopsias escalonadas, desde el [recto](#) hasta el [colon ascendente](#), permite detectar casos de: [colitis microscópica](#) (CM), una entidad englobada actualmente en el concepto de la [enfermedad inflamatoria intestinal](#), y potencialmente curable con un tratamiento específico.

- El [íleon](#) terminal, debería ser incluido para valorar la presencia de una nueva entidad emergente: la [ileítis colágena](#).<sup>9</sup> .

- 85.6.2.5)- Estudios de Imagen.

- - [Estudio con bario](#) del tracto gastrointestinal superior, para la detección de [tumores](#), [inflamación](#), [obstrucción](#) y la [enfermedad de Crohn](#).<sup>6</sup>.
- - [Enema de bario](#) con doble contraste, de utilidad para la detección de [neoplasia](#) colorrectal e inflamación.<sup>6</sup>.
- - [Ecografía abdominal](#), si el paciente tiene [dispepsia](#) recurrente o [pirosis](#).<sup>6</sup>.
- - [Tomografía computarizada](#) del abdomen, para la detección de tumores, obstrucción y enfermedad [pancreática](#).<sup>6</sup>.

- 85.6.2.6)- Test Respiratorios de Malabsorción de Carbohidratos.

-Con independencia de los trastornos motores, es probable que algunos pacientes con síntomas compatibles, con el síndrome del intestino irritable, presenten en realidad una dolencia orgánica, que provoque un aumento de la producción de gas, causada por:<sup>9</sup> :

- [Sobrecrecimiento de bacterias en el intestino delgado](#) (SBID).
- Maldigestión de azúcares.
- Combinación de ambos.

- La American College of Gastroenterology Task Force, declara que no existen suficientes evidencias para recomendar de forma rutinaria, la realización del [test del aliento](#), para la

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

---

---

detección de sobrecrecimiento bacteriano, en pacientes con SII.<sup>9</sup> .

-Algunos gastroenterólogos, realizan [pruebas del hidrógeno expirado](#),<sup>6</sup> ya que la [maldigestión de lactosa](#) y de [fructosa](#), son relativamente frecuentes, entre los pacientes diagnosticados de SII (66% y 33%, respectivamente).

- Los pacientes que restringen estos [carbohidratos](#), en su dieta, mejoran su sintomatología tras un año de seguimiento, incluso aquellos pacientes en los que el test del aliento, resulta negativo o, alternativamente, son tratados con [antibióticos](#) o [probióticos](#).

- Este hecho, junto con la pobre especificidad de las pruebas respiratorias, lleva a plantearse si realmente la realización de los test de aliento, es una estrategia coste-efectiva o si resulta más racional, y práctica la recomendación de reducir la ingesta de aquellos carbohidratos , que el enfermo identifica como agentes, que empeoran su sintomatología, o la administración de un régimen empírico de antibióticos.<sup>9</sup> .

- 85.6.2.7)- Pruebas en Heces.

- Estudios [microbiológicos](#) a tener en cuenta en los exámenes de heces son los siguientes:<sup>6</sup>:

- Huevos y [parásitos](#), y obtención de muestras para el antígeno de [Giardia lamblia](#).
- Patógenos entéricos.
- [Leucocitos](#).
- Toxina del [Clostridium difficile](#).
- [Blastocystis hominis](#), el cual ha sido implicado en la patogénesis de algunos casos de SII, si bien el significado clínico de esta observación es incierto.<sup>9</sup>

- La probabilidad de detectar entre los pacientes con síntomas de SII, una infección [gastrointestinal](#), mediante un cultivo de las [heces](#), es muy baja (menor del 2%).

- Por esta razón, la American College of Gastroenterology Task Force, no recomienda el uso rutinario de los estudios de heces, en ausencia de una historia de viajes a zonas [endémicas](#) de [parasitosis](#) o de síntomas de alarma : [diarrea](#) intensa e incontrolable, [hematoquecia](#) o pérdida de peso.<sup>9</sup> .

- La determinación de la [lactoferrina](#), [calprotectina](#) y [elastasa](#) leucocitaria, orienta hacia el carácter inflamatorio de una diarrea.

- Una determinación negativa de calprotectina fecal, no excluye con seguridad la presencia de una enfermedad inflamatoria intestinal, puesto que hasta un 11% de estos pacientes ,puede dar un falso negativo.<sup>9</sup> .

- 85.6.2.8)- Biomarcadores y Alergias Alimentarias.

- Un [biomarcador](#) es un indicador de un estado fisiológico o patológico, que puede ser medido y evaluado de manera objetiva. Principalmente, su utilidad radica en identificar el tratamiento más apropiado, para un paciente concreto, en función del [mecanismo fisiopatológico](#), implicado en el origen de sus síntomas : alteración de la [motilidad](#), hipersensibilidad visceral, respuesta anormal al estrés o inflamación.<sup>9</sup> .

- Por diversas cuestiones, esencialmente relacionadas con el costo económico, el carácter invasivo de algunas técnicas, y la amplia variación los resultados, es difícil definir actualmente un biomarcador, que reúna todas las condiciones exigibles para su generalización en la práctica clínica. Asimismo, muchas de las alteraciones fisiopatológicas descritas para el SII, no se cumplen en una proporción muy importante de pacientes.<sup>9</sup>

- El panel serológico Prometeus, combina una batería de test, entre los cuales figuran los anticuerpos [anti-transglutaminasa](#) de la [enfermedad celíaca](#), los anticitoplasma de los neutrófilos (p-ANCA), y los anti [Saccharomyces](#), presentes en la [enfermedad inflamatoria](#)

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

---

---

[intestinal](#), y otros dirigidos contra: el [TNF- \$\alpha\$](#) , la [interleucina-1b](#) o la [flagelina bacteriana](#), los cuales sugieren, un estado de infección previa o de inflamación activa.<sup>9</sup>.

- Otros biomarcadores propuestos, incluyen los que evalúan [alergias alimentarias](#), que pueden provocar algunos síntomas similares a los del SII, si bien los pacientes con una verdadera alergia alimentaria, suelen presentar [urticaria](#).<sup>9</sup>.

-Solo un 3,6% de los pacientes con SII, presentan datos objetivos de alergia alimentaria. Un estudio demostró que en el SII, podían detectarse títulos de [IgG](#), significativamente más elevados contra el trigo, la carne de ternera, el cerdo y el cordero, en comparación con los controles, hallazgos que no fueron reproducidos en otro estudio, salvo para el caso del trigo.<sup>9</sup>.

-En un estudio, la presencia de una prueba cutánea positiva para ciertos alimentos ([skin prick test](#)), incrementó las posibilidades de respuesta al [cromoglicato disódico](#), pero estos resultados no se han reproducido, y no hay claras evidencias de que el skin prick test, aporte un valor añadido en la evaluación de un paciente con SII.<sup>9</sup>.

-Por último, algunos estudios sugieren, que el estudio de algunos polimorfismos de enzimas, que intervienen en el metabolismo de fármacos, o de los genes transportadores de [serotonina](#), podrían ser útiles para predecir la respuesta al tratamiento con antagonistas de los receptores HT, como el [aloserón](#), o los agonistas HT: como el [tegaserod](#).<sup>9</sup>.

- 85.7)- Diagnóstico Diferencial.

- El diagnóstico diferencial del Síndrome del Intestino Irritable, incluye, principalmente:

- - Síndromes de [malabsorción](#)/maldigestión, como: la [enfermedad celíaca](#), la [sensibilidad al gluten no celíaca](#), intolerancias alimentarias ([intolerancia a la lactosa](#), [fructosa](#) o [sorbitol](#)), [malabsorción de sales biliares](#), [insuficiencia pancreática exocrina](#) y [sobrecrecimiento bacteriano intestinal](#).<sup>9</sup>.

- Muchos pacientes, encuadrados y tratados durante años como Síndrome del Intestino Irritable (SII), pueden tener en realidad enfermedad celíaca o sensibilidad al gluten no celíaca.<sup>2842</sup>.

- Normalmente, los médicos interrogan minuciosamente al paciente para descartar síntomas de alarma, que indiquen un posible cáncer digestivo, pero se olvidan de buscar los síntomas o signos no digestivos, que son claves fundamentales para poder sospechar una enfermedad celíaca.<sup>16</sup>.

- Esta es una de las enfermedades sistémicas, que puede afectar a múltiples órganos, más frecuentes.<sup>16</sup>. Los síntomas gastrointestinales del SII son clínicamente indistinguibles de los que pueden aparecer en la enfermedad celíaca o la sensibilidad al gluten no celíaca,<sup>28</sup> pero la presencia de cualquiera de las siguientes manifestaciones no intestinales, sugiere la existencia de una posible relación con los trastornos relacionados con el [gluten](#): dolor de cabeza o [migraña](#), neblina mental, fatiga crónica,<sup>40</sup> [fibromialgia](#),<sup>434445</sup> dolor de articulaciones o muscular, entumecimiento de piernas o brazos,<sup>404346</sup> [hormigueos](#) en las extremidades,<sup>4046</sup> retraso del crecimiento, [osteoporosis](#), [aftas](#) orales,<sup>16</sup> [dermatitis \(eccema o rash cutáneo\)](#),<sup>4046</sup> [trastornos atópicos](#),<sup>40</sup> [alergia](#) a uno o más inhalantes, alimentos o metales<sup>4043</sup> (tales como [ácaros del polvo](#), [gramíneas](#), [parietaria](#), pelo de perros o gatos, mariscos o [níquel](#)<sup>43</sup>), [depresión](#),<sup>404346</sup> [ansiedad](#),<sup>43</sup> [anemia](#),<sup>4046</sup> [ferropenia](#), deficiencia de [ácido fólico](#), [asma](#), [rinitis](#), [trastornos de la alimentación](#),<sup>43</sup> [infertilidad](#),<sup>16</sup> [trastornos neurológicos](#): tales como. la [esquizofrenia](#),<sup>4647</sup> el [autismo](#),<sup>43</sup> <sup>4647</sup> la [neuropatía periférica](#),<sup>4647</sup> la [ataxia](#),<sup>47</sup> el [trastorno por déficit de atención con](#)



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

---

[hiperactividad \[TDAH\]](#),<sup>40</sup> —Véase [Trastornos neurológicos relacionados con el gluten](#)—) o [enfermedades autoinmunes](#).<sup>40</sup>.

- Una mejoría con la [dieta libre de gluten](#) de los síntomas relacionados con [alteraciones inmunológicas](#), incluyendo [enfermedades autoinmunes](#), una vez excluidas razonablemente la enfermedad celíaca y la alergia al [trigo](#), es otra manera de realizar un [diagnóstico diferencial](#) entre el SII y la sensibilidad al gluten no celíaca.<sup>40</sup>.

- No obstante, algunos autores concluyen que la presencia de enfermedades autoinmunes, en pacientes con diagnóstico o sospecha de sensibilidad al gluten no celíaca, sugiere la existencia de una enfermedad celíaca no reconocida ni diagnosticada.<sup>48</sup>.

- Las enfermedades autoinmunes típicamente asociadas a la enfermedad celíaca incluyen: la [diabetes mellitus tipo 1](#), las [tiroiditis \(hipo- e hipertiroidismo\)](#),<sup>4950</sup> la [ataxia](#) por gluten, la [psoriasis](#), el [vitiligo](#), la [hepatitis autoinmune](#), la [dermatitis herpetiforme](#), la [colangitis esclerosante primaria](#) y otras.<sup>49</sup>

- - [Enfermedad inflamatoria intestinal](#), como: la [colitis ulcerosa](#), la [enfermedad de Crohn](#) y la [colitis microscópica](#) (linfocítica o colágena).<sup>9</sup>
- - [Alergias alimentarias](#).<sup>9</sup>.
- - Enfermedades metabólicas, como: la [diabetes mellitus](#), el [hipertiroidismo](#) o el [hipotiroidismo](#).<sup>9</sup>.
- - [Efectos secundarios](#): causados por medicaciones, como fármacos que producen diarrea (, por ejemplo: laxantes que contienen magnesio, antiácidos, colchicina) o fármacos que inducen estreñimiento (por ejemplo: opiáceos para el control del dolor, sales de aluminio).<sup>9</sup>
- - Infecciones gastrointestinales, como: la [giardiasis](#), la [amebiasis](#) y la infección por [Yersinia enterocolítica](#).<sup>9</sup>
- - Neuropatía o miopatía intestinal.<sup>9</sup>.
- - Malignidad: [cáncer de páncreas](#) y [cáncer colorrectal](#).<sup>9</sup>
- - Tumores neuroendocrinos, como: [VIPoma](#), [gastrinoma](#), [cáncer medular tiroideo](#) o [tumor carcinoide](#).<sup>9</sup>
- - [Pólipos vellosos de colon](#).<sup>9</sup>.

- 85.8)- Tratamiento.

- 85.8.1)- Medidas Generales.

- El primer paso y más importante, es asegurarse de que los síntomas no obedecen en realidad a una dolencia orgánica, que se pueda confundir con un trastorno funcional, para evitar consultas, exámenes o terapias psicológicas innecesarias, y el consumo desorbitado de fármacos, que pueden presentar efectos secundarios adversos.<sup>9</sup>.

-El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas.<sup>51</sup>. No existe un único tratamiento común a todos los pacientes.<sup>7</sup>. Una vez descartada una dolencia orgánica, el tratamiento varía según diversos factores: el tipo de síntoma predominante, la frecuencia e intensidad de los síntomas, la preocupación que provocan, la repercusión sobre la calidad de vida, y la posible existencia de trastornos psicológicos asociados.<sup>9</sup>

- En algunos pacientes son beneficiosas medidas sencillas, tales como consejos dietéticos o cambios en el estilo de vida.<sup>7</sup>. Otros pacientes necesitan tratamiento farmacológico, para aliviar la intensidad de los síntomas durante los períodos de agudización. Finalmente, unos

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

---

pocos pacientes, requieren un tratamiento psiquiátrico.<sup>9</sup>.

-Para el control del dolor, se pueden emplear los antiespasmódicos, [analgésicos](#) generales del tipo del [paracetamol](#), los antidepresivos tricíclicos, y los [inhibidores de la recaptación de la serotonina](#), y [probióticos](#).<sup>7</sup>.

-Para el manejo del estreñimiento, puede ser útil una dieta rica en fibras, y un formador de volumen (ejemplo, el [plantago ovata](#)), combinado con una ingesta suficiente de líquidos, si bien en algunos pacientes puede haber un agravamiento de la hinchazón y la distensión abdominal. Otras recomendaciones pueden ser los laxantes osmóticos, como la [lactulosa](#).<sup>67</sup>

-Para el control de la diarrea, son útiles la loperamida y el alosetrón, este último indicado sólo en mujeres, con síntomas severos, que no responden a otros tratamientos [antidiarreicos](#).<sup>7</sup>

-La hinchazón y la distensión [abdominal](#), pueden aliviarse mediante dietas, que producen menos gas, probióticos o tratamiento [antibiótico](#) con [rifaximina](#).

-No existen evidencias a favor del uso en el tratamiento del SII, de productos que contienen [carbón activado](#), «antiflatulentos», tipo [simeticona](#), y otras sustancias similares.<sup>7</sup>.

- 85.8.2)- Relación Médico-paciente.

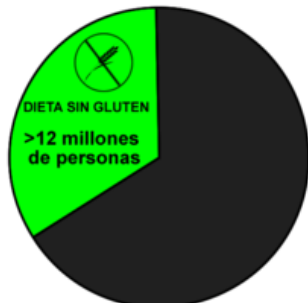
- Es importante la existencia de una relación positiva entre el médico y el paciente, aceptando las molestias y los síntomas, como reales.<sup>967</sup>.

- 85.8.3)- Dieta.



Estados Unidos

-Número de personas que evitan comer gluten en Estados Unidos.<sup>405253</sup>.



Canadá

-Número de personas que evitan comer gluten en Canadá.<sup>405253</sup>.

- Durante mucho tiempo, la ingestión de alimentos ha sido vinculada con los síntomas intestinales. Actualmente, hay un creciente interés, en el uso de la dieta para el tratamiento de pacientes con SII, por medio de dietas restrictivas especializadas, tales como las que se



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

---

---

dirigen a varios grupos de alimentos, suprimir el [gluten](#) o reducir la ingesta de [FODMAP](#):(acrónimo que deriva del inglés Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharide And Polyols: [Oligosacáridos](#), [Disacáridos](#), [Monosacáridos](#), y [Polioles](#) Fermentables.<sup>101754</sup> .

-Puede resultar útil, realizar un diario de síntomas, para identificar el tipo de alimentos, que puedan estar influyendo negativamente. Las intervenciones en la dieta, pueden resultar clave, cuando el origen de los síntomas, guarda relación con la presencia de una [intolerancia a la lactosa](#) o la [fructosa](#), o con la [sensibilidad al gluten no celíaca](#).<sup>96</sup>.

- No obstante, en el caso del gluten, con frecuencia el paciente no es capaz de relacionarlo con sus trastornos, debido a que existen diversos factores de confusión y fuentes de gluten insospechadas. Habitualmente, se come gluten inadvertidamente, en cualquiera de las comidas diarias aparentemente libres de gluten, como [aditivo](#), como [contaminaciones cruzadas](#), o incluso como adulteración,<sup>2930</sup>; y las reacciones pueden ser retardadas horas, días o incluso semanas.<sup>3155</sup> . A esto, se suma, que el gluten ejerce un efecto [opioide](#), sobre el tubo digestivo, que puede adormecer sus reacciones naturales,<sup>5657</sup> y puede ocurrir que se noten las intolerancias, a otros alimentos : la más típica a la lactosa, pero que pasen inadvertidas las reacciones al ingerir el gluten. [Otras fuentes no sospechadas de gluten](#), son [medicamentos](#) recetados y de venta libre, [suplementos vitamínicos](#) y minerales, [productos a base de plantas medicinales](#) y [suplementos dietéticos](#).<sup>58</sup> .

Asimismo, ciertos productos de uso habitual, pueden ser la causa de ingestiones inadvertidas de gluten, pues pueden llegar a la boca directamente, o indirectamente, por los restos que quedan en las manos al manipularlos.<sup>58</sup> .

- Entre ellos, se incluyen productos farmacéuticos : [gargarismos](#), [colutorios](#), [vendajes adhesivos](#), [esparadrapos](#) y [tiras adhesivas sanitarias](#), todo tipo de [productos cosméticos](#) y de cuidado personal : [barras de labios](#), [bálsamos y brillos labiales](#), [pasta de dientes](#), [enjuagues bucales](#), productos para el cuidado de la piel y el cabello, etc.; piensos y alimentos para animales de granja y mascotas, champús para perros, [pasta de modelar para niños](#) (como [Play-Doh](#)), entre otros.<sup>58596061</sup> .

-Ciertos alimentos favorecen la producción de gas, tales como: [legumbres](#),<sup>6</sup> [cebollas](#), [apio](#), [zanahorias](#), [pasas](#), plátanos, [albaricoques](#), [ciruelas](#), [coles de Bruselas](#), [galletas](#) y [panecillos](#).<sup>9</sup> .

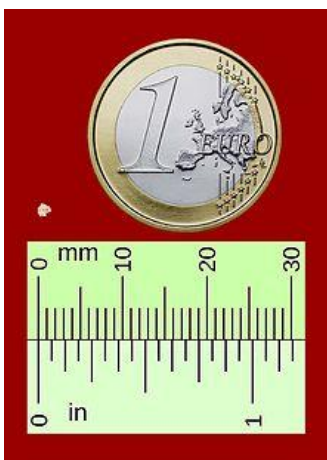
-Los suplementos de fibra soluble , como: ispaghula o [psillium](#), pueden ser beneficiosos en algunos pacientes, con predominio de estreñimiento (SII-E), comenzando con dosis bajas, que se pueden ir incrementando a lo largo de varias semanas, hasta un máximo de 20-30 g de fibra al día. Un uso excesivo de la fibra, puede empeorar algunos de los síntomas del SII, como la flatulencia.<sup>9</sup> -Evitar la [cafeína](#), puede limitar la [ansiedad](#), y la exacerbación de los síntomas.<sup>6</sup> .

- 85.8.3.1)- Dieta Sin Gluten.

:- [Dieta sin gluten](#).

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

---



- Cantidades microscópicas de gluten, como las contenidas en una mota de harina de trigo o en una sola miga de pan de este tamaño, son suficientes para que su ingestión, provoque una reacción del sistema inmunitario, y la aparición de síntomas : digestivos o de otro tipo, en las personas [celíacas](#) o con [sensibilidad al gluten no celíaca](#), cuando están siguiendo una dieta sin gluten. <sup>624363</sup>.

-Evidencias actuales apoyan el empleo de la [dieta sin gluten](#), en personas con el síndrome del intestino irritable, <sup>1017</sup> que es eficaz aproximadamente en la mitad de los casos. <sup>18</sup> .

-Esto indica la existencia de una [sensibilidad al gluten no celíaca](#), subyacente en estas personas. <sup>18</sup>

-Es una dieta segura, que no provoca ningún efecto secundario negativo, y normalmente es equilibrada. <sup>19</sup> Consiste en eliminar de forma estricta de la alimentación, todos los productos que contengan o se cocinen con: [trigo](#), [centeno](#), [cebada](#) y [avena](#), o cualquiera de sus [variedades](#) e [híbridos](#) : [espelta](#), [escanda](#), [kamut](#), [triticale](#)..., y productos derivados, evitando [contaminaciones inadvertidas](#) y todo tipo de transgresiones dietéticas. <sup>64566</sup>.

- El [gluten](#) no es indispensable para el ser humano. Se trata de una mezcla de proteínas de bajo valor nutricional y biológico, deficiente en [aminoácidos esenciales](#), por lo que desde el punto de vista de la nutrición, su exclusión de la alimentación, no representa ningún problema. <sup>67</sup>

- 85.8.3.2)- Controversias Sobre la Dieta Baja en FODMAP.

- Aunque los [FODMAP](#) pueden provocar ciertas molestias digestivas, como hinchazón abdominal, en realidad no solo no causan inflamación intestinal, sino que la evitan. <sup>18</sup> -

Asimismo, producen alteraciones beneficiosas en la [flora intestinal](#), y generan [ácidos grasos de cadena corta](#), <sup>18</sup> los cuales son particularmente importantes para mantener la buena salud del [colon](#), y tienen propiedades anticancerígenas y antiinflamatorias. <sup>2627</sup> .

-Varios estudios concluyen que restringir estos FODMAP de la dieta, ayuda a controlar los síntomas digestivos a corto plazo, en personas con el síndrome del intestino irritable, y otros desórdenes gastrointestinales funcionales. <sup>2068212223</sup>

-No obstante, esta dieta puede alterar negativamente la flora intestinal <sup>21232425</sup> y la correcta ingesta de nutrientes, <sup>21</sup> por lo que su seguimiento a largo plazo, puede acarrear efectos negativos. <sup>2425</sup> . Son precisos más estudios para evaluar el verdadero impacto de estas dietas sobre la salud. <sup>2123</sup> .

- 85.8.4)- Estilo de Vida.

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

---

- Algunos hábitos saludables, pueden ser beneficiosos, como el ejercicio físico regular, o en los casos de estreñimiento, dedicar un tiempo por las mañanas, para realizar la evacuación después del desayuno, momento en el que el reflejo gastroentérico, es más intenso.<sup>9</sup>.

- 85.8.5)- Terapias Dirigidas a la Microbiota e Inflamación.

- Las nuevas hipótesis de que las alteraciones en la [microbiota](#) intestinal y/o inflamaciones leves, pueden provocar los síntomas del SII, en determinados grupos de pacientes, han conducido al desarrollo de nuevas estrategias de tratamiento, incluyendo [antibióticos](#), [prebióticos](#), [probióticos](#), [simbióticos](#) y fármacos con propiedades antiinflamatorias.<sup>9</sup>.

- 85.8.5.1)- Probióticos.

- Los [probióticos](#) son organismos vivos, que ingeridos en cantidades apropiadas, ejercen un efecto beneficioso sobre la salud. Los que se emplean más comúnmente son: [bacterias](#) productoras de [ácido láctico](#), y [levaduras](#) no [patógenas](#).<sup>9</sup>.

-Los probióticos se han propuesto para el tratamiento de la [enfermedad inflamatoria intestinal](#), trastornos [alérgicos](#), [enfermedades infecciosas](#) y [neoplásicas](#).

- El reconocimiento de que el SII, puede ser provocado por una [gastroenteritis](#) infecciosa, la observación de importantes alteraciones en la [microbiota](#) intestinal de pacientes con SII, y evidencias crecientes a favor de una disfunción [inmune](#), han propiciado el uso de probióticos, también para el tratamiento del SII.<sup>97</sup>.

-Además de sus efectos [antiviricos](#) y [antibacterianos](#), en el caso del SII post-infeccioso, sus beneficios potenciales, se deben a su capacidad para disminuir la producción de gas, promover cambios en la conjugación de las sales biliares, y sus propiedades estimulantes de la motilidad, de la secreción de [moco](#), e incluso antiinflamatorias.<sup>9</sup>.

- El *Lactobacillus GG*, *L. plantarum*, *L. acidophilus*, *L. casei*, así como el cocktail VSL-3, y *Bifidobacterium animalis*, proporcionan alivio de algunos síntomas aislados del SII, como la hinchazón, la [flatulencia](#) y el [estreñimiento](#).

-Sin embargo, pocos productos han demostrado ser capaces de proporcionar un alivio sintomático global, especialmente del dolor abdominal. Entre ellos, destacan los ensayos realizados con *Bifidobacterium infantis*.<sup>97</sup>.

- 85.8.5.2)- Prebióticos y Simbióticos.

- Un [prebiótico](#) es un alimento no digerible, que al ser fermentado, estimula de forma selectiva el crecimiento y la actividad de un número limitado de especies [bacterianas](#) del [colon](#): principalmente [lactobacilos](#) y [bifidobacterias](#), que ejercen un efecto beneficioso sobre la salud.

- Los [oligosacáridos](#) contenidos en la leche materna, representan el prototipo de sustancias con propiedades prebióticas, lo cual explica en gran medida los enormes beneficios de la lactancia materna.<sup>9</sup>.

-Algunos prebióticos, como los oligosacáridos y los [fructanos](#) del tipo [inulina](#), abundan en frutas y vegetales comestibles, tales como: cebolla, achicoria, ajo, puerros, alcachofas, plátanos y trigo. Los suplementos de fibra, la [lactulosa](#), y las soluciones de [polietilenglicol](#), poseen propiedades prebióticas.<sup>9</sup>

-Los [simbióticos](#), son una combinación de un probiótico y un prebiótico. Aumentan la sobrevivencia y la actividad de los prebióticos in vivo, a la vez que estimulan la producción por parte del organismo de bifidobacterias y lactobacilos. Datos preliminares sugieren, su potencial y prometedor efecto beneficioso en el SII.<sup>9</sup>.

- 85.8.5.3)- Antibióticos.

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

---

- La posibilidad de la existencia de un [sobrecrecimiento bacteriano intestinal](#) (SIB), como causante de los síntomas del SII, ha llevado a ensayar el empleo de [antibióticos](#) poco absorbibles para su tratamiento. Algunos estudios, han demostrado que la [rifaximina](#), mejora los síntomas globales y la hinchazón en los pacientes con SII, con predominio de diarrea (SII-D).<sup>97</sup>.

-Es probable que el beneficio de los antibióticos no absorbibles, reside además en su efecto sobre la reducción de las [bacterias colónicas](#), con capacidad para [fermentar carbohidratos](#).

- La prevalencia de intolerancia a carbohidratos : [lactosa](#), [fructosa](#), es elevada, tanto en población general, como en sujetos con SII.<sup>9</sup>.

-Un inconveniente de la terapia con antibióticos, es la duración limitada de sus efectos, que obliga en muchos casos, a realizar ciclos de tratamiento repetidos, cuya seguridad a largo plazo, no ha sido bien estudiada.<sup>9</sup>.

- 85.8.5.4)- Antiinflamatorios.

- En la actualidad, existen diferentes teorías, que apuntan a la existencia de una inflamación de bajo grado, como causante de los síntomas del SII, si bien las evidencias sobre el beneficio del tratamiento, con agentes anti-inflamatorios son escasas.<sup>9</sup>.

-Se han estudiado algunos fármacos anti-inflamatorios, para el tratamiento del SII.

- La [mesalazina](#), produce un descenso significativo de las células inmunes de la [mucosa](#) intestinal, y mejora el bienestar global, si bien no modifica de forma significativa el dolor, la hinchazón o el hábito intestinal.

- El [ketotifeno](#), ha demostrado un beneficio en la reducción de los síntomas y de la hipersensibilidad visceral.

-Unos pocos estudios, obtuvieron resultados favorables con el empleo del [cromoglicato disódico](#), especialmente en pacientes, que relacionan sus síntomas, con la ingesta de ciertos tipos de alimentos.<sup>9</sup>.

. 85.8.6)- Tratamiento Farmacológico.

- 85.8.6.1)- Antidiarreicos.

- Los pacientes con un SII-D : [diarrea](#) predominante, pueden beneficiarse del empleo de anti-diarréicos, tales como: la [loperamida](#)<sup>7</sup> o el [difenoxilato](#), especialmente durante los períodos de intensificación de los síntomas. La loperamida a dosis comprendidas entre 2-8 mg/24 horas, consigue mejorar la consistencia y frecuencia de las [deposiciones](#), aunque no resulta eficaz para el control del dolor y los síntomas globales de la enfermedad.<sup>9</sup>.

- 85.8.6.2)- Antiespasmódicos.

- El [músculo liso](#) interviene en la [patogénesis](#) de los síntomas del SII. Los fármacos con propiedades relajantes del músculo liso, pueden aliviar el dolor espasmódico de tipo [cólico](#), que caracteriza a la enfermedad. No obstante, pueden provocar la aparición de [efectos secundarios](#) adversos, debido a sus propiedades [anticolinérgicas](#), tales como: sequedad de boca, visión borrosa, [vértigos](#), [retención urinaria](#), [confusión mental](#) : especialmente en ancianos, y [estreñimiento](#).<sup>9</sup>.-Ejemplos de antiespasmódicos empleados para el tratamiento del SII, son: la [mebeverina](#) y el octilonio bromuro.<sup>9</sup>.

- 85.8.6.3)- Serotoninérgicos.

-La [serotonina](#) (5-HT) es un [neurotransmisor](#), que se sintetiza y almacena en el intestino (95% del contenido corporal total de 5-HT), y tiene importantes funciones reguladoras de las funciones secretora, absorptiva, motora y sensorial intestinal.

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

---

Observaciones recientes han identificado una actividad serotoninérgica anómala en el SII, con un incremento en el SII-D y un descenso en el SII-E.

- Los antagonistas de los [receptores 5-HT3](#), provocan un enlentecimiento del tránsito y de la secreción intestinal, y disminuyen el tono y tránsito [cólicos](#). En contraste, los agonistas de los receptores HT4, aceleran el vaciamiento gástrico, incrementan el tránsito del [intestino delgado](#) y del colon, y posiblemente disminuyen la sensibilidad visceral.<sup>9</sup>.

-El [alosetrón](#), es el único antagonista de los receptores HT3, aprobado por la [US Food and Drug Administration \(FDA\)](#), para el tratamiento del síndrome del intestino irritable con predominio de diarrea (SII-D).<sup>7</sup>.

- Proporciona alivio del dolor y/o disconfort [abdominal](#), descenso en la sensación de urgencia [defecatoria](#), reducción en la frecuencia de los movimientos intestinales, e incremento en la consistencia de las [heces](#). Fue retirado del mercado en noviembre del 2000, debido a la aparición de importantes efectos adversos, incluyendo casos de [colitis isquémica](#) y otras complicaciones asociadas al estreñimiento; pero la FDA, volvió a aprobar su empleo en junio de 2002, para formas graves de SII-D, que no responden a otros tratamientos, en respuesta a la multitud de cartas y llamadas telefónicas de muchas mujeres, con un SII-D invalidante, que se sentían decepcionadas por la retirada del mercado de este fármaco. El tratamiento debe ser interrumpido, si al cabo de cuatro semanas, no se obtiene una respuesta satisfactoria.<sup>9</sup>.

- 85.8.6.4)- Lubiprostona.

- La [lubiprostona](#) está indicada en el tratamiento del SII, con predominio de estreñimiento (SII-E), en mujeres,<sup>7</sup> de edad igual o superior a los 18 años. Reduce la intensidad del estreñimiento, el dolor abdominal, el esfuerzo [defecatorio](#) y la hinchazón, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

- Los [efectos secundarios](#) adversos más frecuentes, son: aparición de [náuseas](#), [cefalea](#) y [diarrea](#). Está contraindicado, en casos de [obstrucción mecánica del intestino](#), en pacientes con diarrea preexistente, y durante el embarazo.<sup>9</sup>.

- 85.8.6.5)- Psicofármacos.

- El desarrollo de [técnicas de imagen](#) avanzadas del [cerebro](#), y el mejor conocimiento del papel de los [neurotransmisores](#), en la regulación de la motilidad y de la percepción visceral, ha permitido descubrir que determinados agentes, que actúan sobre el [sistema nervioso central](#), pueden provocar disfunciones de la actividad motora y sensorial del intestino. El uso de [psicofármacos](#), comporta numerosos beneficios, gracias a sus propiedades reguladoras, tanto a nivel central, como [periférico](#).<sup>9</sup>.

- Se han ensayado cuatro tipos diferentes de psicofármacos para el tratamiento del SII: [antidepresivos tricíclicos](#), [inhibidores de la recaptación selectiva de la serotonina](#), [inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina](#), y [antipsicóticos](#) atípicos.<sup>9</sup>.

- Los antidepresivos tricíclicos (ATC), modulan la percepción del dolor a nivel central, y disminuyen la hipersensibilidad rectal, inducida por el estrés.

-Sus efectos secundarios más frecuentes son: el [estreñimiento](#), las [taquicardias](#), [retención urinaria](#), [xerostomía](#) (sequedad de boca), [insomnio](#), agitación, y pesadillas nocturnas.<sup>9</sup>.

- Los inhibidores de la recaptación selectiva de la serotonina (IRSS), pueden ser de utilidad en los trastornos funcionales digestivos, debido a que mejoran la sensación de bienestar global, controlan la ansiedad, potencian el efecto [analgésico](#) de otros agentes, como los antidepresivos tricíclicos, y permiten el tratamiento de otras [comorbilidades](#) psiquiátricas.

- Entre los posibles efectos secundarios, figura la [diarrea](#). Los más empleados son la

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

---

[paroxetina](#) y la [fluoxetina](#).<sup>9</sup> .

-La [duloxetina](#) es un inhibidor de la recaptación de la serotonina-noradrenalina (IRSN). Ha sido estudiada en pacientes con SII. Resulta efectiva para el control del , y mejora la consistencia de las [deposiciones](#).

- La [venlafaxina](#) es un IRSN, que mejora la acomodación postprandial, y disminuye la sensibilidad rectal a la distensión. Su principal efecto secundario es la [náusea](#).

- Otro IRSN, es el [milnaciprán](#), que podría ser empleado en pacientes con SII, asociado a [fibromialgia](#).<sup>9</sup> .

-Los antipsicóticos atípicos, pueden ser de utilidad en el tratamiento de trastornos funcionales, por sus propiedades analgésicas y [ansiolíticas](#) : control del dolor y de la ansiedad, y sus efectos [sedantes](#). Se emplean solos o en combinación, con otros antidepresivos, a dosis más bajas, que las empleadas para el tratamiento del [trastorno bipolar](#) y la [esquizofrenia](#).

- La [quetiapina](#), logra mejorar los síntomas de intestino irritable y de dolor abdominal funcional, en pacientes que no han respondido al tratamiento, con otros antidepresivos.<sup>9</sup>

- 85.8.7)- Terapias Psicosociales.

- Puede resultar útil identificar factores ambientales, que puedan ejercer una influencia negativa sobre los síntomas, o una mala adaptación a la enfermedad, así como la presencia de cualquier [comorbilidad](#) psiquiátrica : [ansiedad](#), [depresión](#), [neuroticismo](#), antecedentes de una historia de maltratos o abusos en la infancia o en la juventud, y la falta de apoyo del entorno social o familiar.

-En determinados pacientes con síntomas graves, pueden resultar de utilidad, las [terapias cognitivo-conductuales](#) o [psicodinámicas](#), técnicas de relajación, meditación, e incluso la [hipnosis](#),<sup>7</sup> especialmente cuando logran identificarse los acontecimientos estresantes y/o niveles elevados de ansiedad o [neurosis](#).

- Todas ellas están orientadas, a atenuar los efectos de una respuesta exagerada al estrés, modificar la mala adaptación psicológica : [catastrofismo](#), sentimientos de culpa o [vergüenza](#), [ansiedad](#), y modificar los comportamientos negativos, ante los síntomas, como la [agorafobia](#) ( fobia a espacios abiertos).<sup>9</sup> .

- 85.8.8)- Fármacos en Desarrollo.

- Durante los últimos años, la investigación se ha centrado en el desarrollo de moléculas capaces de controlar algunos de los mecanismos implicados en los síntomas del SII, gracias a los nuevos avances en el conocimiento de su [patogenia](#). El SII no es una enfermedad propiamente dicha, sino un [síndrome](#) definido por un conjunto de [síntomas](#), que responden a muy diversos trastornos [fisiopatológicos](#), lo cual explica que el éxito obtenido con los [fármacos](#), sea siempre parcial, y no responda de forma totalmente satisfactoria, a las [expectativas](#) depositadas en ellos, por parte de las agencias reguladoras del medicamento, las [industrias farmacéuticas](#), los médicos y los pacientes.<sup>9</sup> .

-Entre las [terapias](#) emergentes para el tratamiento del SII-E, se encuentran algunos moduladores de los receptores de la serotonina, como: la [prucaloprida](#), la [mosaprida](#) y el [pumosetrag](#); agonistas de los [receptores C de la guanilato-ciclasa](#) , como: la [linaclotida](#) y la [plecanatida](#); moduladores de los [ácidos biliares](#) , como: el [ácido ursodesoxicólico](#); y [antagonistas dopaminérgicos](#) , como la [itoprida](#).

- Actualmente, los que se encuentran en una fase de desarrollo más avanzada, son la [prucaloprida](#) : mejora la frecuencia de las [deposiciones](#) y otros síntomas relacionados con el



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

---

---

[estreñimiento](#); y la [linaclotida](#) : mejora en la frecuencia y consistencia de las deposiciones y del esfuerzo [defecatorio](#); alivio del dolor e hinchazón [abdominal](#).<sup>9</sup> .

- 85.9)- Pronóstico.

- Aproximadamente la mitad de los pacientes con SII ,permanecen estables, y no modifican el patrón de los síntomas predominantes : diarrea, estreñimiento o alternante. El otro 50%, puede cambiar de un patrón a otro.<sup>9</sup> .

-No existe una mayor tasa de mortalidad en los pacientes de SII, en comparación con la observada en la población general.

- Sin embargo, la calidad de vida, puede deteriorarse gravemente, llegando a niveles iguales o peores ,que los observados en otras enfermedades de curso crónico;como el [reflujo gastroesofágico](#), la [diabetes](#), la [insuficiencia renal crónica](#), la [depresión](#) o la [artritis reumatoide](#)), debido a las importantes repercusiones físicas, emocionales, sociales y económicas, que ocasionan las molestias del paciente. Algunos informes, sugieren un aumento en el riesgo de suicidio, así como en la necesidad de diversas [cirugías](#) insuficientemente justificadas, en los pacientes con SII.<sup>9</sup> .

- 85.10)- Véase También.

- [Escala de heces de Bristol](#) ;

- 85.11)- Referencias.

1.           ↑ [Saltar a: <sup>a b c d e</sup> Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos](#) (febrero de 2015). [«Definition & Facts for Irritable Bowel Syndrome»](#). «In the past, doctors called IBS colitis, mucous colitis, spastic colon, nervous colon, and spastic bowel. Experts changed the name (IBS: Irritable Bowel Syndrome). *En el pasado, los médicos llamaron al SII colitis, colitis mucosa, colon espástico, colon nervioso e intestino espástico. Los expertos cambiaron el nombre (SII: Síndrome del Intestino Irritable).*».
2.           ↑ [Saltar a: <sup>a b c</sup> Spiller R, Aziz Q, Creed F, Emmanuel A, Houghton L, Hungin P, Jones R, Kumar D, Rubin G, Trudgill N, Whorwell P; Clinical Services Committee of The British Society of Gastroenterology](#) (diciembre de 2007). [«Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management»](#). *Gut* (Revisión. Guía clínica.) 56 (12): 1770-98. [PMC 2095723](#). [PMID 17488783](#). [doi:10.1136/gut.2007.119446](#). «Antecedent terms used to describe the clinical entity now known as IBS include “spastic colon” and “irritable colon”.»
3.           ↑ [Saltar a: <sup>a b</sup> García Novo, M. D.; García Burriel, J. I.; Pereda Pérez, A.](#) (1 de enero de 2002). [«Trastornos intestinales funcionales \(equivalentes del colon irritable\)»](#). *Anales de Pediatría* 57 (3): 253-263. [doi:10.1016/S1695-4033\(02\)77914-9](#). Consultado el 28 de septiembre de 2017. «SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE ... Se han utilizado numerosas denominaciones: colitis mucosa, colon irritable, colon inestable, colon espástico, colitis espástica, diarrea nerviosa, neurosis colónica, diarrea benigna crónica. Debe evitarse la terminología que alude al colon, como única localización, ya que otros tramos del tubo digestivo pueden estar afectados. - De igual forma, el término “colitis” no es adecuado por no estar presente la inflamación en esta entidad.»
4.           ↑ [Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos](#) (febrero de 2015). [«Symptoms & Causes of Irritable Bowel Syndrome»](#).

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

---

5. [↑](#) Ikechi, Ronald; Fischer, Bradford D.; DeSipio, Joshua; Phadtare, Sangita (junio de 2017). [«Irritable Bowel Syndrome: Clinical Manifestations, Dietary Influences, and Management» \[Síndrome del intestino irritable: manifestaciones clínicas, influencias dietarias y manejo\]](#). *Healthcare (Basel)* (en inglés) (Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI)) 5 (2): 21. [PMID 28445436](#). [doi:10.3390/healthcare5020021](#).
6. [↑](#) [Saltar a: <sup>a b c d e f a h i j k l m n ñ o p q r s t</sup>](#) Lehrer, Jenifer K.; Lichtenstein, Gary R.; et al (abril de 2017). [«Irritable Bowel Syndrome» \[Síndrome del intestino irritable\]](#). *Medscape*..
7. [↑](#) [Saltar a: <sup>a b c d e f a h i j k l m n ñ o p q r s t u v w x</sup>](#) Quigley, Eamonn M.M.; Fried, Michael; Gwee, Kok-Ann; Khalif, Igor; Hungin, Pali; Lindberg, Greger; et al (septiembre de 2015). [«Síndrome de Intestino Irritable: una Perspectiva Mundial»](#). *WGO Global Guidelines* (World Gastroenterology Organization).
8. [↑](#) [Saltar a: <sup>a b c d e f</sup>](#) Hungin, A. P.; Molloy-Bland, M.; Claes, R.; Heidelbaugh, J.; Cayley, W. E. Jr.; Muris, J.; Seifert, B.; et al. (noviembre de 2014). [«Systematic review: the perceptions, diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care--a Rome Foundation working team report»](#). *Aliment Pharmacol Ther* 40 (10): 1133-45. [PMID 25230281](#). [doi:10.1111/apt.12957](#).
9. [↑](#) [Saltar a: <sup>a b c d e f a h i j k l m n ñ o p q r s t u v w x y z aa ab ac ad ae af ag ah ai aj ak al am an añ ao ap aa ar as at au av aw ax ay az ba bb bc bd be bf bg bh bi bj bk bl bm bn bñ bo bp bq br bs bt bu bv bw bx by bz ca cb cc cd ce cf ca ch ci cj ck cl cm cn cñ co cp cq cr cs ct cu cv cw cx cy cz da db dc dd</sup>](#) Mearin, Fermín; Montoro, Miguel A. (2012). [«Síndrome de intestino irritable»](#). En Mearin, Fermín; Montoro, Miguel A. [Gastroenterología y hematología. Problemas comunes en la práctica clínica](#) (2 edición). España: Jarpyo Editores, S.A. pp. 523-568. [ISBN 9788492982319](#) |isbn= incorrecto ([ayuda](#)).
10. [↑](#) [Saltar a: <sup>a b c d e f a h i j k l</sup>](#) Sebastián Domingo J. J. (23 de mayo de 2017). [«The new Rome criteria \(IV\) of functional digestive disorders in clinical practice»](#). *Med Clin (Barc)* 148 (10): 464-468. [PMID 28153434](#). [doi:10.1016/j.medcli.2016.12.020](#).
11. [↑](#) [Saltar a: <sup>a b c</sup>](#) Furman, David L.; Cash, Brooks D. (marzo de 2011). [«The role of diagnostic testing in irritable bowel syndrome.»](#). *Gastroenterol Clin North Am* 40 (1): 105-19. [PMID 21333903](#). [doi:10.1016/j.gtc.2010.12.001](#).
12. [↑](#) Logan AC, Jacka FN (24 de julio de 2014). [«Nutritional psychiatry research: an emerging discipline and its intersection with global urbanization, environmental challenges and the evolutionary mismatch»](#). *J Physiol Anthropol* (Revisión) 33: 22. [PMC 4131231](#). [PMID 25060574](#). [doi:10.1186/1880-6805-33-22](#).
13. [↑](#) [Saltar a: <sup>a b c d e f a h i j k l m n ñ o p q</sup>](#) Saha, L. (junio de 2014). [«Irritable bowel syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine»](#). *World J Gastroenterol* 20 (22): 6759-73. [PMID 24944467](#). [doi:10.3748/wjg.v20.i22.6759](#).
14. [↑](#) Irvine AJ, Chey WD, Ford AC (enero de 2017). [«Screening for Celiac Disease in Irritable Bowel Syndrome: An Updated Systematic Review and Meta-analysis»](#). *Am J Gastroenterol* (Revisión Sistemática y Metaanálisis) 112 (1): 65-76. [PMID 27753436](#). [doi:10.1038/ajg.2016.466](#). [«Although IBS is not a diagnosis of exclusion, with](#)



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

---

*physicians advised to minimize the use of investigations, the gastrointestinal (GI) tract has a limited repertoire of symptoms, meaning that abdominal pain and a change in bowel habit is not specific to the disorder [IBS]. Aunque el SII no es un diagnóstico de exclusión, con los médicos avisados de que minimicen el uso de las investigaciones, el tracto gastrointestinal tiene un repertorio limitado de síntomas, lo que significa que el dolor abdominal y un cambio en el hábito intestinal no son específicos del trastorno [SII].»*

15.           ↑ [Saltar a:](#) <sup>a b</sup> Schmulson M. J., Drossman D. A. (30 de abril de 2017). [«What Is New in Rome IV»](#). *J Neurogastroenterol Motil* (Revisión) 23 (2): 151-163. [PMC 5383110](#). [PMID 28274109](#). [doi:10.5056/jnm16214](#).
16.           ↑ [Saltar a:](#) <sup>a b c d e f g h</sup> Mearin F., Montoro M. (4 de agosto de 2014). [«Irritable bowel syndrome, celiac disease and gluten» \[Síndrome del intestino irritable, enfermedad celíaca y gluten: «Una cosa es predicar y otra dar trigo»\]](#). *Med Clin (Barc)* (Revisión) 143 (4): 124-9. [PMID 24029448](#). [doi:10.1016/j.medcli.2013.06.006](#). «A menudo, el médico que se enfrenta a un SII hace un interrogatorio minucioso orientado a descartar síntomas que puedan alertar sobre malignidad, pero olvida llevar a cabo una búsqueda intencionada de síntomas o signos extraintestinales, que proporcionan claves importantes para sospechar EC (EC: *enfermedad celíaca*). No en vano la EC es uno de los paradigmas con expresión multisistémica más frecuentemente encontrados en medicina.»
17.           ↑ [Saltar a:](#) <sup>a b c d</sup> Chey W. D., Kurlander J., Eswaran S. (3 de marzo de 2015). [«Irritable bowel syndrome: a clinical review»](#). *JAMA* (Revisión) 313 (3): 949-58. [PMID 25734736](#). [doi:10.1001/jama.2015.0954](#). «At present, there is emerging evidence that supports diets for IBS patients that are gluten free and low in fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides, and polyols (FODMAP).»
18.           ↑ [Saltar a:](#) <sup>a b c d e f g a</sup> Makharia A, Catassi C, Makharia GK (10 de diciembre de 2015). [«The Overlap between Irritable Bowel Syndrome and Non-Celiac Gluten Sensitivity: A Clinical Dilemma»](#). *Nutrients* (Revisión) 7 (12): 10417-26. [PMC 4690093](#). [PMID 26690475](#). [doi:10.3390/nu7125541](#).
19.           ↑ [Saltar a:](#) <sup>a b</sup> Elli L., Villalta D., Roncoroni L., Barisani D., Ferrero S., Pellegrini N., Bardella M. T., Valiante F., Tomba C., Carroccio A., Bellini M., Soncini M., Cannizzaro R., Leandro G. (febrero de 2017). [«Nomenclature and diagnosis of gluten-related disorders: A position statement by the Italian Association of Hospital Gastroenterologists and Endoscopists \(AIGO\)»](#). *Dig Liver Dis* (Revisión) 49 (2): 138-146. [PMID 27887897](#). [doi:10.1016/j.dld.2016.10.016](#). «GFD does not present side effects and is usually balanced and safe (strong recommendation, high level of evidence). GFD: gluten-free diet *La dieta sin gluten no presenta efectos secundarios y suele ser equilibrada y segura (fuerte recomendación, alto nivel de evidencia).*»
20.           ↑ [Saltar a:](#) <sup>a b</sup> «FODMAPs». [King's College, London](#). *Diabetes & Nutritional Sciences, Research Projects*.
21.           ↑ [Saltar a:](#) <sup>a b c d e f g h</sup> Staudacher H. M., Irving P. M., Lomer M. C., Whelan K. (abril de 2014). «Mechanisms and efficacy of dietary FODMAP restriction in IBS». *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* (Revisión) 11 (4): 256-66. [PMID 24445613](#). [doi:10.1038/nrgastro.2013.259](#). «An emerging body of research now demonstrates

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

---

the efficacy of fermentable carbohydrate restriction in IBS; however, limitations still exist with this approach owing to a limited number of randomized trials, in part due to the fundamental difficulty of placebo control in dietary trials. Evidence also indicates that the diet can influence the gut microbiota and nutrient intake. Fermentable carbohydrate restriction in people with IBS is promising, but the effects on gastrointestinal health require further investigation.»

22. ↑ [Saltar a: <sup>a b</sup>](#) Marsh A., Eslick E. M., Eslick G. D. (2015). «Does a diet low in FODMAPs reduce symptoms associated with functional gastrointestinal disorders? A comprehensive systematic review and meta-analysis». *Eur J Nutr*. [PMID 25982757](#). [doi:10.1007/s00394-015-0922-1](#).
23. ↑ [Saltar a: <sup>a b c d e f</sup>](#) Rao S. S., Yu S., Fedewa A. (2015). «Systematic review: dietary fibre and FODMAP-restricted diet in the management of constipation and irritable bowel syndrome». *Aliment. Pharmacol. Ther*. 41 (12): 1256-70. [PMID 25903636](#). [doi:10.1111/apt.13167](#).
24. ↑ [Saltar a: <sup>a b c d</sup>](#) Tuck, C. J.; Muir, J. G.; Barrett, J. S.; Gibson, P. R. (2014). «Fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols: role in irritable bowel syndrome». *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 8 (7): 819-834. [PMID 24830318](#). [doi:10.1586/17474124.2014.917956](#).
25. ↑ [Saltar a: <sup>a b c d</sup>](#) Heiman M. L., Greenway F. L. (5 de marzo de 2016). «[A healthy gastrointestinal microbiome is dependent on dietary diversity](#)». *Mol Metab* (Revisión) 5 (5): 317-20. [PMC 4837298](#). [PMID 27110483](#). [doi:10.1016/j.molmet.2016.02.005](#).
26. ↑ [Saltar a: <sup>a b</sup>](#) Greer J. B., O'Keefe S. J. (26 de enero de 2011). «[Microbial induction of immunity, inflammation, and cancer](#)». *Front Physiol* (Revisión) 1: 168. [PMC 3059938](#). [PMID 21423403](#). [doi:10.3389/fphys.2010.00168](#).
27. ↑ [Saltar a: <sup>a b</sup>](#) Andoh A., Tsujikawa T., Fujiyama Y. (2003). «[Role of dietary fiber and short-chain fatty acids in the colon](#)». *Curr Pharm Des* (Revisión) 9 (4): 347-58. [PMID 12570825](#).
28. ↑ [Saltar a: <sup>a b c</sup>](#) El-Salhy M, Hatlebakk JG, Gilja OH, Hausken T (7 de septiembre de 2015). «[The relation between celiac disease, nonceliac gluten sensitivity and irritable bowel syndrome](#)». *Nutr J* (Revisión) 14: 92. [PMC 4561431](#). [PMID 26345589](#). [doi:10.1186/s12937-015-0080-6](#).
29. ↑ [Saltar a: <sup>a b c d</sup>](#) Verdu EF, Armstrong D, Murray JA (junio de 2009). «[Between celiac disease and irritable bowel syndrome: the "no man's land" of gluten sensitivity](#)». *Am J Gastroenterol* (Revisión) 104 (6): 1587-94. [PMC 3480312](#). [PMID 19455131](#). [doi:10.1038/ajg.2009.188](#). «Gluten-sensitive individuals, who have IBS symptoms and IgG antibodies to gluten, are orphans, living in no man's land, acknowledged neither by functional disease specialists nor by celiac disease specialists. *Los individuos sensibles al gluten, que tienen síntomas del SII y anticuerpos IgG contra el gluten, son huérfanos, que viven en la tierra de nadie, no reconocidos ni por los especialistas en enfermedades funcionales ni por los especialistas en enfermedades celíacas.*».
30. ↑ [Saltar a: <sup>a b</sup>](#) Lionetti E., Gatti S., Pulvirenti A., Catassi C. (junio de 2015). «[Celiac disease from a global perspective](#)» [[Enfermedad celíaca desde una](#)

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

---

- [perspectiva global](#)]. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. (Revisión) (en inglés) 29 (3): 365-79. PMID 26060103. doi:10.1016/j.bpg.2015.05.004.
31.           ↑ [Saltar a:](#) <sup>a b</sup> Schuppan D, Pickert G, Ashfaq-Khan M, Zevallos V (junio de 2015). «[Non-celiac wheat sensitivity: differential diagnosis, triggers and implications](#)». *Best Pract Res Clin Gastroenterol* (Revisión) 29 (3): 469-76. PMID 26060111. doi:10.1016/j.bpg.2015.04.002.
32.           ↑ Parés, D; Comas, M; Dorcaratto, D; Araujo, MI; Vial, M; Bohle, B; Pera, M; *et al.* (mayo de 2009). «[Adaptation and validation of the Bristol scale stool form translated into the Spanish language among health professionals and patients](#)». *Rev Esp Enferm Dig* 101 (5): 312-6. PMID 19527076.
33.           ↑ Horwitz BJ, Fisher RS (14 de junio de 2001). «[The Irritable Bowel Syndrome](#)». *N Engl J Med* (Revisión) 344 (24): 1846-50. PMID 11407347. doi:10.1056/NEJM200106143442407.
34.           ↑ [Saltar a:](#) <sup>a b</sup> Camilleri M. (noviembre de 2012). «[Irritable bowel syndrome: how useful is the term and the 'diagnosis'?](#)». *Therap Adv Gastroenterol* 5 (6): 381-6. PMC 3491678. PMID 23152731. doi:10.1177/1756283X12442223.
35.           ↑ [Saltar a:](#) <sup>a b c d e f g</sup> Quigley, E. M.; Abdel-Hamid, H.; Barbara, G.; Bhatia, S. J.; Boeckxstaens, G.; De Giorgio, R.; Delvaux, M.; *et al.* (mayo a junio de 2012). «[A global perspective on irritable bowel syndrome: a consensus statement of the World Gastroenterology Organisation Summit Task Force on irritable bowel syndrome](#)». *J Clin Gastroenterol* 46 (5): 356-66. PMID 22499071. doi:10.1097/MCG.0b013e318247157c. «There is also evidence that it is no longer appropriate to view IBS as a purely functional disorder without any organic correlate. Such evidence includes the reported association between IBS and diverticulosis in the elderly,48,49 the documentation of changes in the number and distribution of the various cells that participate in the inflammatory response, as well as altered expression of cytokines, chemokines, defensins, and molecular components of the epithelial barrier, in the gut, among patients with IBS.50–63 These findings have been linked to alterations in the microbiota,64–71 increased intestinal permeability, 51,72,73 and the detection of proinflammatory cytokines in the systemic circulation.55,74–76 Relationships between these findings and clinical phenotype are, as yet, poorly developed and their value in the diagnosis of IBS has not been defined. On a clinical level, the development of IBS-type symptoms among patients with inflammatory bowel disease77 and celiac disease,78 illustrates the ability of intestinal inflammation, regardless of cause, to generate complaints that, in another context, would have been regarded as purely “functional” in origin. Whether chronic infections and infestations such as those that commonly occur in more tropical climes can generate a similar symptomatology by initiating chronic inflammatory responses (as extensive animal studies would predict79) remains to be defined. Future studies should aim to identify biomarkers representative for different etiologic subclasses of IBS, which will contribute to improved and targeted treatment.80».
36.           ↑ Sperber, A. D.; Drossman, D. A.; Quigley, E. M. (noviembre de 2012). «[The global perspective on irritable bowel syndrome: a Rome Foundation-World](#)

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

---

- [Gastroenterology Organisation symposium](#). *Am J Gastroenterol* 107 (11): 1602-9. PMID 23160283. doi:10.1038/ajg.2012.106.
37. [↑](#) Nellesen, D.; Yee, K.; Chawla, A.; *et al.* (2013). «A systematic review of the economic and humanistic burden of illness in irritable bowel syndrome and chronic constipation». *J Manag Care Pharm* 19: 755-64.
38. [↑](#) Fortea, J.; Prior, M. (2013). «Irritable bowel syndrome with constipation: a European-focused systematic literature review of disease burden». *J Med Econ* 16: 329-41.
39. [↑](#) Schuppan D., Pickert G., Ashfaq-Khan M., Zevallos V. (junio de 2015). «[Non-celiac wheat sensitivity: differential diagnosis, triggers and implications](#)». *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 29 (3): 469–76. PMID 26060111. doi:10.1016/j.bpg.2015.04.002. «For the experienced clinician extraintestinal symptoms which are frequent serve as the best indicator of the disease, and accordingly, are increasingly recognized as hallmarks of [NCWS](#) [4,5]. When it comes to mainly intestinal symptoms, there may be a significant overlap with the spectrum of irritable bowel syndrome (IBS) [6], wheat allergy which is frequently missed with conventional blood IgE and skin testing [7-9] and (less likely) intolerance to FODMAPs (fermentable oligo-, di-, monosaccharides and polyols [10].»
40. [↑](#) [Saltar a: <sup>a</sup> <sup>b</sup> <sup>c</sup> <sup>d</sup> <sup>e</sup> <sup>f</sup> <sup>g</sup> <sup>h</sup> <sup>i</sup> <sup>j</sup> <sup>k</sup> <sup>l</sup> <sup>m</sup> <sup>n</sup>](#) Fasano A., Sapone A., Zevallos V., Schuppan D. (mayo de 2015). «[Nonceliac gluten sensitivity](#)». *Gastroenterology* (Revisión) 148 (6): 1195-204. PMID 25583468. doi:10.1053/j.gastro.2014.12.049. «IBS-like symptoms, such as abdominal pain, gas, distension, and irregular bowel movements, frequently are reported and therefore make it difficult to distinguish NCGS from IBS induced by other causes. The differential diagnosis is facilitated for patients who also experience extraintestinal symptoms, including headache or frank migraine, foggy mind, chronic fatigue, joint and muscle pain, tingling of the extremities, leg or arm numbness, eczema, anemia, depression, or for patients who report a reduction in immune-mediated (including autoimmune) symptoms on a GFD. (...) Therefore, it is possible to consider some subjects with NCGS to be typical IBS patients and vice versa: a subgroup of IBS patients may have NCGS. This last scenario was highlighted in subjects affected by the diarrheapredominant variant of IBS —particularly those with HLA-DQ2 and/or DQ8 genotypes (associated with celiac disease).»
41. [↑](#) Newnham E. D. (marzo de 2017). «[Coeliac disease in the 21st century: paradigm shifts in the modern age](#)». *J Gastroenterol Hepatol* (Revisión). 32 Suppl 1: 82-85. PMID 28244672. doi:10.1111/jgh.13704.
42. [↑](#) Levy J., Bernstein L., Silber N. (diciembre de 2014). «[Celiac disease: an immune dysregulation syndrome](#)». *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 44 (11): 324-7. PMID 25499458. doi:10.1016/j.cppeds.2014.10.002.
43. [↑](#) [Saltar a: <sup>a</sup> <sup>b</sup> <sup>c</sup> <sup>d</sup> <sup>e</sup> <sup>f</sup> <sup>g</sup> <sup>h</sup> <sup>i</sup>](#) Volta U., Caio G., De Giorgio R., Henriksen C., Skodje G., Lundin K. E. (junio de 2015). «[Non-celiac gluten sensitivity: a work-in-progress entity in the spectrum of wheat-related disorders](#)». *Best Pract Res Clin Gastroenterol* (Revisión) 29 (3): 477-91. PMID 26060112. doi:10.1016/j.bpg.2015.04.006.

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

---

44. [↑](#) Rossi A., Di Lollo A. C., Guzzo M. P., Giacomelli C., Atzeni F., Bazzichi L., Di Franco M. (2015). «[Fibromyalgia and nutrition: what news?](#)». *Clin Exp Rheumatol* 33 (1 Suppl 88): S117-25. [PMID 25786053](#).
45. [↑](#) San Mauro Martín I., Garicano Vilar E., Collado Yurrutia L., Ciudad Cabañas M. J. (diciembre de 2014). «[Is gluten the great etiopathogenic agent of disease in the XXI century?](#)». *Nutr Hosp* 30 (6): 1203-10. [PMID 25433099](#).  
[doi:10.3305/nh.2014.30.6.7866](#).
46. [↑](#) [Saltar a:](#) <sup>a b c d e f g h</sup> Catassi C., Bai J., Bonaz B., Bouma G., Calabrò A., Carroccio A., Castillejo G., Ciacci C., Cristofori F., Dolinsek J., Francavilla R., Elli L., Green P., Holtmeier W., Koehler P., Koletzko S., Meinhold C., Sanders D., Schumann M., Schuppan D., Ullrich R., Vécsei A., Volta U., Zevallos V., Sapone A., Fasano A. (2013). «[Non-celiac gluten sensitivity: the new frontier of gluten related disorders](#)». *Nutrients* (Revisión) 5 (10): 3839-3853. [ISSN 2072-6643](#). [PMID 24077239](#).  
[doi:10.3390/nu5103839](#).
47. [↑](#) [Saltar a:](#) <sup>a b c d</sup> Lebowhl B., Ludvigsson J. F., Green P. H. (octubre de 2015). «[Celiac disease and non-celiac gluten sensitivity](#)». *BMJ* (Revisión) 5: 351:h4347. [PMC 4596973](#). [PMID 26438584](#). [doi:10.1136/bmj.h4347](#).
48. [↑](#) Molina-Infante J., Santolaria S., Montoro M., Esteve M., Fernández-Bañares F. (2014). «[Non-celiac gluten sensitivity: a critical review of current evidence](#)». *Gastroenterol Hepatol* 37 (6): 362–71. [PMID 24667093](#).  
[doi:10.1016/j.gastrohep.2014.01.005](#).
49. [↑](#) [Saltar a:](#) <sup>a b</sup> Lundin K. E., Wijmenga C. (septiembre de 2015). «[Coeliac disease and autoimmune disease-genetic overlap and screening](#)». *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 12 (9): 507–15. [PMID 26303674](#).  
[doi:10.1038/nrgastro.2015.136](#).
50. [↑](#) Ciccocioppo R., Kruzliak P., Cangemi G. C., Pohanka M., Betti E., Lauret E., Rodrigo L. (22 de octubre de 2015). «[The Spectrum of Differences between Childhood and Adulthood Celiac Disease](#)». *Nutrients* 7 (10): 8733–51. [PMID 26506381](#). [doi:10.3390/nu7105426](#).
51. [↑](#) «[Irritable bowel síndrome](#)». *U.S. National Library of Medicine A.D.A.M. Medical Encyclopedia*. 18 de julio de 2013.
52. [↑](#) [Saltar a:](#) <sup>a b</sup> Nash DT, Slutzky AR (octubre de 2014). «[Gluten sensitivity: new epidemic or new myth?](#)». *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 27 (4): 377-8. [PMC 4255872](#). [PMID 25484517](#).
53. [↑](#) [Saltar a:](#) <sup>a b</sup> *Herald Sun*, ed. (18 de noviembre de 2014). «[An increasing number of Australians are choosing a gluten-free diet](#)».
54. [↑](#) Gibson, P. R.; Varney, J.; Malakar, S.; Muir, J. G. (10 de febrero de 2015). «[Food Components and Irritable Bowel Syndrome](#)». *Gastroenterology*. pii: S0016-5085 (15): 00196-1. [PMID 25680668](#). [doi:10.1053/j.gastro.2015.02.005](#).
55. [↑](#) Comino, I.; Real, A.; Moreno, M. L.; Cebolla, A.; Sousa, C. (2013). «[Detección de la fracción inmunotóxica del gluten: aplicaciones en seguridad alimentaria y en la monitorización de pacientes celíacos](#)». *Enfermedad celíaca y sensibilidad al gluten no celiaca*: 433-445. [doi:10.3926/oms.24](#).




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

---



56. [↑](#) Guandalini S., Polanco I. (abril de 2015). [«Nonceliac gluten sensitivity or wheat intolerance syndrome?»](#). *J Pediatr* (Revisión) 166 (4): 805-11. PMID [25662287](#). doi:[10.1016/j.jpeds.2014.12.039](#).
  57. [↑](#) Pruijboom L., de Punder K. (24 de noviembre de 2015). [«The opioid effects of gluten exorphins: asymptomatic celiac disease»](#). *J Health Popul Nutr* (Revisión) 33: 24. PMC [5025969](#). PMID [26825414](#). doi:[10.1186/s41043-015-0032-y](#).
  58. [↑](#) [Saltar a: <sup>a</sup> <sup>b</sup> <sup>c</sup> <sup>ε</sup> National Institutes of Health \(Estados Unidos\)](#) (junio de 2016). [«Treatment for Celiac Disease»](#).
  59. [↑](#) Day L., Augustin M. A., Batey I. L., Wrigley C. W. (2006). [«Wheat-gluten uses and industry needs»](#). *Trends in Food Science & Technology* (Revisión) 17 (2): 82-90. doi:[10.1016/j.tifs.2005.10.003](#).
  60. [↑](#) Mangione R. A, Patel P. N. (septiembre-octubre de 2008). [«Caring for patients with celiac disease: the role of the pharmacist»](#). *J Am Pharm Assoc* (Revisión) 48 (5): e125-35; quiz e136-9. PMID [18826893](#). doi:[10.1331/JAPhA.2008.08014](#).
  61. [↑](#) Flamez B., Clark A. A., Sheperis C. J. (2014). [«Celiac Disease. Psychological Developmental and Family Counseling Issues»](#). *The Family Journal* 22 (2): 226-30. doi:[10.1177/1066480713515407](#).
  62. [↑](#) Academy of Nutrition and Dietetics (22 de abril de 2014). [«Avoiding Gluten Cross-Contamination»](#). Archivado desde [el original](#) el 17 de marzo de 2017.. «For people with celiac disease, even just a microscopic amount of gluten can cause a reaction and damage to the intestines, such as a single bread crumb on a plate or speck of wheat flour on manufacturing equipment.»
  63. [↑](#) Bern E. M., O'Brien R. F. (agosto de 2013). [«Is it an eating disorder, gastrointestinal disorder, or both?»](#). *Curr Opin Pediatr* (Revisión) 25 (4): 463-70. PMID [23838835](#). doi:[10.1097/MOP.0b013e328362d1ad](#).
  64. [↑](#) Ministerio de Sanidad y Consumo de España, ed. (2008). [«Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca»](#).
  65. [↑](#) Rodrigo, L.; Garrote, J. A.; Vivas, S.; *et al.* (2008). «Enfermedad Celíaca». *Med Clin (Barc)* 131: 264-70.
  66. [↑](#) Rodrigo, L. (2010). «Enfermedad celiaca». *IT Sistema Nacional Salud* 34 (2): 52.
  67. [↑](#) Lamacchia, C.; Camarca, A.; Picascia, S.; Di Luccia, A.; Gianfrani, C. (29 de enero de 2014). [«Cereal-based gluten-free food: how to reconcile nutritional and technological properties of wheat proteins with safety for celiac disease patients»](#). *Nutrients* 6 (2): 575-90. PMC [3942718](#). PMID [24481131](#). doi:[10.3390/nu6020575](#).
  68. [↑](#) Peter R. Gibson y Susan J. Shepherd (2010). «Evidence-based dietary management of functional gastrointestinal symptoms: The FODMAP approach». *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 25 (2): 252-258. PMID [20136989](#). doi:[10.1111/j.1440-1746.2009.06149.x](#).
- 85.12)- Bibliografía.

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

---

- Thompson W. G., Longstreth G. L., Drossman D. A. *et al.* (2000). Desórdenes funcionales de Intestinos.
- Drossman D. A., Corazziari E., Talley N.J., *et al* (eds.). Roma II: Los Desórdenes Gastrointestinales Funcionales. Diagnóstico, fisiopatología y tratamiento.
- Un -- VER: Los 139 LIBROS Publicados del Prof. Dr. Enrique Barmaimon: -  - [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)- [www.bvssmu@org.uy](http://www.bvssmu@org.uy) [libros], [barmaimon] ).(OR) .(buscar);( Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra.
- EN: -LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10; Pag.52- 69.8)-  
- 85.13)- Enlaces Externos.

[Control de autoridades](#)

- Proyectos Wikimedia
-  Datos: [Q838966](#)
-  Multimedia: [Irritable bowel syndrome](#)
  
- Identificadores
- [GND: 4122328-7](#)
- [NDL: 01104445](#)
- Diccionarios y enciclopedias
- [Britannica: url](#)
- Identificadores médicos
- [DOI: DOI:9778](#)
- [CIE-10: K58](#)
- [CIE-9: 564.1](#)
- [CIAP-2: D93](#)
- [DiseasesDB: 30638](#)
- [MedlinePlus: 000246](#)
- [eMedicine: 180389](#)
- [MeSH: D043183](#)

-  Datos:[Q838966](#)
-  Multimedia:[Irritable bowel syndrome](#)

``

Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Síndrome del intestino irritable&oldid=117344640](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Síndrome_del_intestino_irritable&oldid=117344640)»

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

---

---

Categorías:

- [Síndromes](#)
- [Enfermedades intestinales](#)
- [Enfermedades de etiología desconocida](#)
- [Gastroenterología](#)
- Esta página se editó por última vez el 15 octubre 2019, a las 07:30.

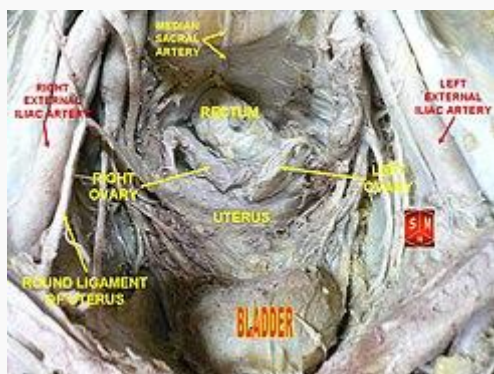
0 0 0 0 0 0 0 0.



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

---

**- SÍNDROME DE VEJIGA HIPERACTIVA:**



**Clasificación y recursos externos**

[Especialidad](#)

Urología

[eMedicine](#)

[article/459340](#)

-Se conoce como síndrome de vejiga hiperactiva (SVH), a la urgencia urinaria, generalmente acompañada de micción frecuente y nocturia, con o sin incontinencia urinaria de urgencia, en ausencia de infección del tracto urinario u otra patología obvia.<sup>12</sup> .

-ÍNDICE.-

- CAPÍTULO LXXXVI: - 86)- SÍNDROME DE VEJIGA HIPERACTIVA.-

- 86.1)- [Antecedentes](#).

- 86.2)- [Tratamiento](#).

- 86.2.1)- [No Farmacológico](#).

- 86.2.2)- [Farmacológico](#).

- 86.3)- [Referencias](#).

-86.4)- Bibliografía.

-86.5)- Enlaces Externos.

- 86.1)- Antecedentes.

Las causas del SVH, como ocurre con muchos trastornos de la vejiga, son multifactoriales y no se comprenden por completo. Las funciones primarias del tracto urinario inferior son el almacenamiento y la evacuación de la orina. La vejiga y el ciclo de micción se encuentran bajo un complejo control neuronal que involucra tanto al sistema nervioso simpático como al parasimpático. La micción puede ocurrir en respuesta a la activación de receptores en el músculo de la vejiga y la detección de estímulos químicos por receptores dentro del revestimiento de la vejiga. La disfunción de vejiga neurógena o miogénica puede provocar síntomas de urgencia, frecuencia e incontinencia urinaria que caracterizan al SVH. Las consecuencias de esta condición son de gran alcance e incluyen consecuencias médicas directas y estrategias de afrontamiento que afectan negativamente la calidad de vida.<sup>3</sup>

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

---

La prevalencia se ha reportado en un 17%, sin embargo, se sabe que incrementa con la edad, afectando hasta el 25% de mujeres mayores de 65 años y hasta el 80% en ancianos.

Alrededor de 50 a 100 millones de personas en todo el mundo padecen vejiga hiperactiva, no obstante, más del 90% de los casos no tiene causa aparente.<sup>4</sup>

Según un estudio, las mujeres de 65 años o más, caucásicas, poseen más riesgo de poliuria nocturna y síntomas de vejiga hiperactiva.<sup>5</sup>

- 86.2)- Tratamiento.

- 86.2.1)- No farmacológico.

El manejo de la vejiga hiperactiva idiopática debe comenzar con reeducación de la vejiga cuyo objetivo es poder incrementar el tiempo de intervalo entre la micción e intentar eliminar los episodios de urgencia.<sup>4</sup>

- 86.2.2)- Farmacológico.

Los fármacos empleados en el tratamiento de la vejiga hiperactiva idiopática en mujeres son los anticolinérgicos, siendo la [oxibutinina](#) y la [tolterodina](#) los que han demostrado mayor efectividad. La [solifenacina](#) puede ser considerada para el manejo de mujeres mayores de 65 años. El uso de [estrógenos](#), particularmente [estriol](#), puede mejorar la sintomatología de urgencia.<sup>4</sup>

-El [flavoxato](#), la [propantelina](#) y la [imipramina](#) no son recomendables en el tratamiento de la mujer con vejiga hiperactiva.<sup>4</sup>

- 86.3)- Referencias.

1. [↑](#) The International Continence Society. [«Overactive bladder syndrome»](#).
2. [↑](#) Haylen, Bernard T.; de Ridder, Dirk; Freeman, Robert M.; Swift, Steven E.; Berghmans, Bary; Lee, Joseph; Monga, Ash; Petri, Eckhard; Rizk, Diaa E.; Sand, Peter K.; Schaer, Gabriel N. (25 de noviembre de 2009). «An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction». *International Urogynecology Journal* 21 (1): 5-26. doi:[10.1007/S00192-009-0976-9](#).
3. [↑](#) Miller, Jane; Hoffman, Eileen (de abril de 2006). «The Causes and Consequences of Overactive Bladder». *Journal of Women's Health* 15 (3): 251-260. doi:[10.1089/jwh.2006.15.251](#).
4. [↑](#) [Saltar a:](#) <sup>a</sup> <sup>b</sup> <sup>c</sup> <sup>d</sup> Velázquez Sánchez, María del Pilar; Solano Sánchez, Salvador Rafael; López Muñoz, Norma América; Rodríguez Colorado, Silvia (2010). «Diagnóstico y tratamiento de la vejiga hiperactiva idiopática». *Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia*: 307-308.
5. [↑](#) Drake, Natalie L.; Flynn, Michael K.; Romero, Audrey A.; Weidner, Alison C.; Amundsen, Cindy L. (de mayo de 2005). «Nocturnal polyuria in women with overactive bladder symptoms and nocturia». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 192 (5): 1682-1686. doi:[10.1016/j.ajog.2004.11.033](#).

-86.4)- Bibliografía.

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

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

---


---

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

2. EN: -LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10; Pag.52- 69.8)-

- 86.5)- Enlaces Externos.

[Control de autoridades](#)

- [Proyectos Wikimedia](#)
-  Datos: [Q874632](#)
- [Identificadores médicos](#)
- [DOID: DOID:12144](#)
- [CIE-9: 596.52](#)
- [MeSH: D053201](#)

-  Datos:[Q874632](#)

``

Obtenido de

«<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Síndrome de vejiga hiperactiva&oldid=117516262>»

[Categorías:](#)

- [Urología](#)
- [Síndromes](#)
- [Enfermedades ginecológicas y obstétricas](#)

[Editar enlaces](#)

- Esta página se editó por última vez el 15 octubre 2019 a las 08:01.

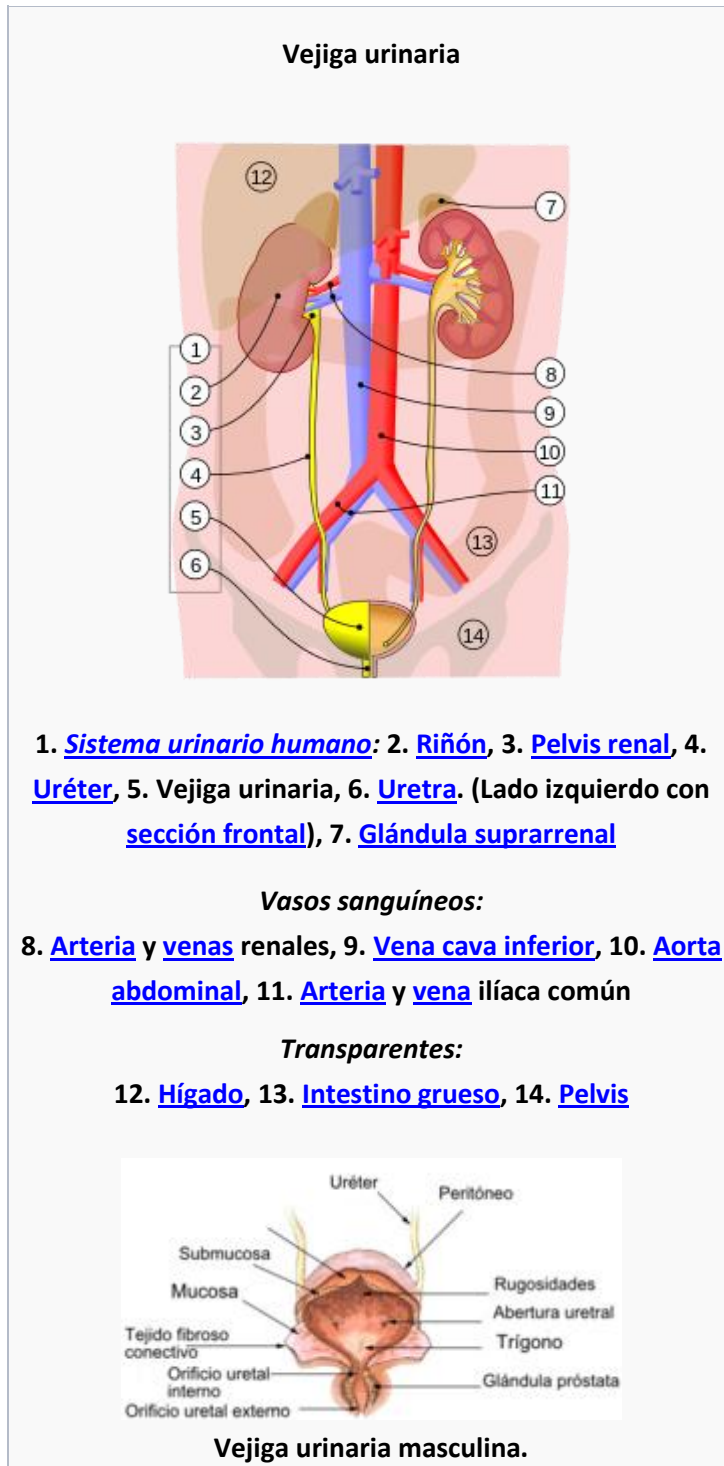
0 0 0 0 0 0 0 0.

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

---

- CAPÌTULO LXXXVII: - 87)- VEJIGA URINARIA.-

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

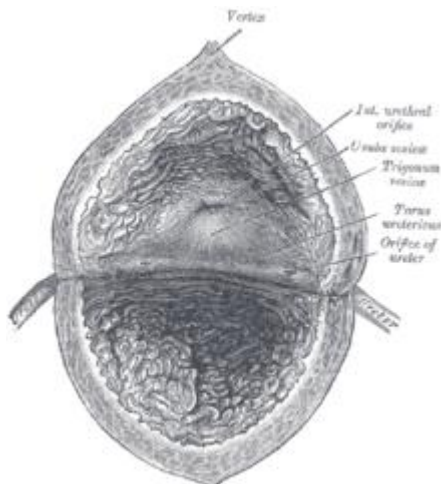


**- LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:  
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -  
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI. LIC. CARLA  
FERNANDEZ.- 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO VIII -**

---

<a href="#">Latín</a>	<i>[TA]: vesica urinaria</i>
<a href="#">TA</a>	<a href="#">A08.3.01.001</a>
<a href="#">Sistema</a>	<a href="#">Sistema urinario humano</a>
<a href="#">Arteria</a>	<a href="#">Arterias vesicales superiores</a> <a href="#">Arteria vesical inferior</a> <a href="#">Arteria umbilical</a> <a href="#">Arteria vaginal</a>
<a href="#">Vena</a>	<a href="#">Plexo venoso vesical</a>
<a href="#">Nervio</a>	<a href="#">Plexo nervioso vesical</a>
Enlaces externos	
<a href="#">Gray</a>	<a href="#">pág.1227</a>
<a href="#">MeSH</a>	<a href="#">Bladder</a>
<a href="#">FMA</a>	<a href="#">15900</a>

La vejiga urinaria es un [órgano](#) hueco músculo-membranoso que forma parte del [tracto urinario](#) y que recibe la [orina](#) de los [uréteres](#), la almacena y la expulsa a través de la [uretra](#) al exterior del cuerpo durante la [micción](#).



Interior de la vejiga.

En griego, vejiga se escribe *κύστις* [cistos], por lo que todas las palabras que se refieren a ella comienzan con *cist-*, como cistitis, cistotomía, cistoscopia, etc.

̀̀NDICE.-

- CAPÌTULO LXXXVII: - 87)- VEJIGA URINARIA.-

-87.1Origen embriològico

- 87.2Ubicación

- 87.3Forma

- 87.4Regiones del interior de la vejiga

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

---

- 87.5 [Irrigación e inervación de la vejiga](#)
- 87.6 [Componentes del sistema de control de la vejiga.](#)
- 87.7 [Enfermedades de la vejiga urinaria](#)
- 87.8 [Referencias.](#)
- 87.9)- Bibliografía
- 87.10)- [Enlaces externos.](#)

- 87.1)- Origen embriológico.

La vejiga urinaria está presente en todos los [mamíferos](#). Procede de la parte inferior del pedículo del [alantoides](#), obliterándose progresivamente la parte superior de este pedículo para formar el uraco

- 87.2)- Ubicación.

La vejiga urinaria está situada en la excavación de la [pelvis](#). Por delante está fijada al [pubis](#), por detrás limita con el [recto](#), con la parte superior de la [próstata](#) y las [vesículas seminales](#) en el hombre, y con la [vagina](#) en la mujer. Por arriba está recubierta por el [peritoneo parietal](#) que lo separa de la [cavidad abdominal](#), y por abajo limita con la [próstata](#) en el hombre y con la musculatura perineal en la mujer.

- 87.3)- Forma.

La vejiga urinaria cuando está llena tiene una forma [esférica](#), y cuando está vacía se asemeja a un [tetraedro](#) con:

- Vértice anterosuperior en el que se fija el [uraco](#).
- Vértice anteroinferior que corresponde al [orificio uretral](#).
- Vértices superoexternos en los que desembocan los [uréteres](#).

La capacidad fisiológica de la vejiga urinaria o hasta que aparece el deseo de orinar oscila entre los 250 a 300 centímetros cúbicos. Y puede aumentar de 2 a 3 litros en caso de retención aguda de orina. Esta capacidad se reduce en casos de cistitis hasta los 50 centímetros cúbicos.

El interior de la vejiga se visualiza realizando una [cistoscopia](#), que observa la mucosa vesical, los meatos ureterales y el cuello vesical (la unión con la uretra). Estos tres puntos delimitan el trigono vesical, que es una porción fija y no distensible del órgano.

La pared de la vejiga está formada por tres capas:

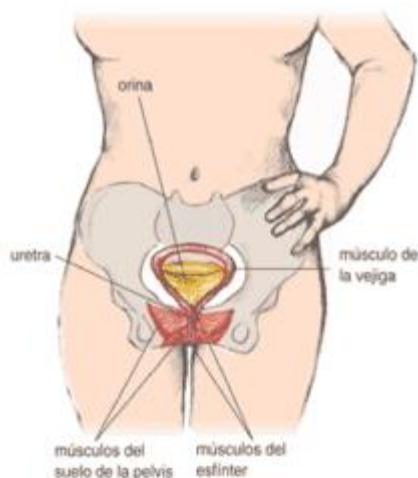
- Capa serosa: El peritoneo parietal recubre la vejiga es su cara superior y parte posterior y laterales cuando está llena.
- Capa muscular: Está formada por [músculo liso](#) con tres capas:
  1. Capa externa o superficial: Formada por fibras musculares longitudinales.
  2. Capa media: Formada por fibras musculares circulares.
  3. Capa interna o profunda: Formada también por fibras longitudinales

Las tres capas de la muscular forman el músculo detrusor que cuando se contrae expulsa la orina y tiene como antagonistas los [esfínteres](#) de la uretra.

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

---

- **Capa mucosa:** Está formada por epitelio de transición urinario, que es un [epitelio](#) estratificado de hasta ocho capas de [células](#), impermeable, en contacto con la orina, y por la lámina propia que es de [tejido conjuntivo](#).
- 87.4)- Regiones del Interior de la Vejiga.
- **Trígono vesical:** Los uréteres entran en la vejiga diagonalmente a través de la pared dorsolateral, en un área llamada trígono, que tiene forma triangular y ocupa el área correspondiente a la pared posteroinferior de la vejiga. El orificio interno de la uretra define el punto inferior del triángulo que dibuja el trígono.
  - **Ápex vesical:** El ligamento medio umbilical conecta con el ápex de la vejiga.
  - **Cúpula vesical:** Es la parte superior y más amplia de la vejiga, que aumenta considerablemente de volumen, como una esfera, cuando está llena de orina.
  - **Cuello vesical:** Está conectado con el pubis a través del ligamento pubovesical en las mujeres, y por el ligamento puboprostático en hombres.
- 87.5)- Irrigación e Inervación de la vejiga.
- **Arterias:** Proviene de la arteria ilíaca interna directamente o de sus ramas como la arteria umbilical en la parte superior, la arteria genitovesical en su parte media o de la arteria pudenda en su parte inferior.
  - **Venas:** Drenan en un plexo venoso pélvico que recubre el espacio prevesical en su cara posteroinferior y que termina en la vena hipogástrica.
  - **Linfáticos:** La linfa de la vejiga drena en los ganglios perivesicales, de ahí a los ilíacos externos y a los hipogástricos, que se reúnen en los ganglios del promontorio.
  - **Nervios:** La inervación de la vejiga procede de:
    1. **Plexo lumboaórtico o hipogástrico:** Que contiene fibras nerviosas del [sistema nervioso simpático](#).
    2. **Plexo presacro:** Que contiene fibras nerviosas del [sistema nervioso parasimpático](#).



Componentes del sistema de control de la vejiga ilustrado en la mujer.

Mientras que la vejiga está llena de [orina](#), el músculo está relajado. Cuando se micciona, el músculo se contrae para expulsar la orina de la vejiga.



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

---

Dos músculos del esfínter rodean a la uretra, que es un conducto membranoso. La orina sale por este conducto.

Los esfínteres mantienen cerrada la uretra apretándola como si fueran bandas elásticas. Los músculos del suelo de la [pelvis](#) que están debajo de la vejiga también ayudan a mantener cerrada la uretra.

Cuando la vejiga está llena, los nervios que se encuentran en ella mandan señales al [cerebro](#). Es cuando se producen las ganas de orinar. En ese momento, el cerebro manda una señal a los esfínteres y a los músculos del suelo de la pelvis para que se relajen. Esto permite que la orina salga a través de la [uretra](#). El cerebro también manda una señal a la vejiga para que se contraiga y expulse la orina.

El control de la vejiga significa que usted orina solo cuando quiere hacerlo.

### - 87.6)- Componentes del Sistema de Control de la Vejiga .

Para un buen control de la vejiga, todos los componentes del sistema deben actuar en conjunto:

- Los músculos de la pelvis deben sostener la vejiga y la uretra.
- Los músculos del esfínter deben abrir y cerrar la uretra.
- Los nervios deben controlar los músculos de la vejiga y del suelo de la pelvis.

### - 87.7)- Enfermedades de la Vejiga Urinaria.


-.: [Patología Vesical](#).

- [Cistitis](#);
- [Cáncer de vejiga](#);
- [Síndrome del abdomen en ciruela pasa](#);
- [Incontinencia urinaria](#);
- [Traumatismo de vejiga](#);
- [Cistitis intersticial](#);

### - 87.8)- Referencias.

- [National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse \(NKUDIC\)](#).

### - 87.9)- Bibliografía.

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

### - 87.10)- Enlaces Externos

-  [Wikimedia Commons](#) alberga una categoría multimedia sobre [Vejiga urinaria](#).



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

---

---

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

``

Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=vejiga urinaria&oldid=118001340](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=vejiga_urinaria&oldid=118001340)»

Categorías:

- [vejiga](#);
- [Urología](#);

[Editar enlaces](#)

- Esta página se editó por última vez el 15 octubre 2019 a las 09:48.

**0 0 0 0 0 0 0 0.**

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

---

---

- CAPÌTULO LXXXVIII: - 88)- SÍNDROME DE LAS PIERNAS INQUIETAS.-
- De Wikipedia, la enciclopedia libre.

**- SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS (SPI)**

Patrón del sueño de un paciente con Síndrome de Piernas Inquietas (rojo) frente a un patrón de sueño saludable (azul).

**Clasificación y recursos externos**

<a href="#">Especialidad</a>	<a href="#">Neurología</a>
<a href="#">CIE-10</a>	<a href="#">G25.81</a>
<a href="#">CIE-9</a>	<a href="#">333.94</a>
<a href="#">CIAP-2</a>	<a href="#">N04</a>

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

---

---

<a href="#">OMIM</a>	<a href="#">102300</a>
<a href="#">DiseasesDB</a>	<a href="#">29476</a>
<a href="#">MedlinePlus</a>	<a href="#">000807</a>
<a href="#">eMedicine</a>	<a href="#">neuro/509</a>
<a href="#">MeSH</a>	<a href="#">D012148</a>
<b>Sinónimos</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Acromelalgia</li><li>• Acromelalgia hereditaria<sup>1</sup></li><li>• Anxietas tibialis</li><li>• Síndrome de Ekbom</li><li>• Síndrome del pie inquieto</li><li>• Síndrome de piernas inquietas</li><li>• Síndrome de Wittmaack Ekbom</li></ul>	

-El síndrome de las piernas inquietas es un [trastorno neurológico](#) caracterizado por sensaciones desagradables en las [piernas](#) (menos frecuente en los [brazos](#)<sup>2</sup>) y un impulso incontrolable de moverse y andar cuando se está descansando, en un esfuerzo del paciente de aliviar estas sensaciones (se denomina en ciertas ocasiones "andadores nocturnos"). Algunos autores postulan que este trastorno pudiera afectar a un 10 % de la población mundial, y sus causas son desconocidas a comienzos del siglo XXI.<sup>3</sup> Un porcentaje pequeño de las personas es correctamente diagnosticado, debido a que su [síndrome](#) es dirigido a especialistas como neurólogos, reumatólogos, psicólogos, etc. No se trata de una enfermedad grave, que sea causa *per se* de muerte, pero sí de terribles desasosiegos que disminuyen la calidad de vida del paciente y de aquellos que le rodean. Si no se tratan pueden devenir en crisis nerviosas y [depresión](#).<sup>2</sup> Con el objeto de aliviar, compartir y mejorar la convivencia se han creado en cada país asociaciones específicas. También se le denomina "[síndrome de Ekbom](#)", por lo que se puede confundir con el [delirio de parasitosis](#) o delirio dermatozoico.

Una revisión de 2019 concluye que se trata del segundo [trastorno del movimiento relacionado con el gluten](#) más frecuente. Estos se desarrollan independientemente de la presencia de síntomas o lesión intestinal, es decir, tanto en [celíacos](#) como en no celíacos.

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

---

Más de la mitad de las personas mejora con la [retirada estricta del gluten de la dieta](#), sin necesidad de ningún otro tratamiento adicional.<sup>4</sup>

-ÍNDICE.-

- CAPÍTULO LXXXVIII: - 88)- SÍNDROME DE LAS PIERNAS INQUIETAS.-

-88.1)- [Historia](#)

- 88.2)[Epidemiología](#)

- 88.3)[Etiología](#)

- 88.4)[Cuadro clínico](#)

- 88.5)- [Diagnóstico](#)

- 88.6)- [Diagnóstico diferencial](#)

- 88.7)- [Tratamiento](#)

- 88.8)- [Véase también](#)

- 88.9)- [Referencias](#).

-88.10)- [Bibliografía](#).

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

- 88.1)- Historia.

Se conocen las primeras descripciones médicas del trastorno ya en la segunda mitad del siglo XVII, procedentes del doctor inglés [Thomas Willis](#) (doctor de cámara de [Carlos II](#)). Willis describe un caso en 1672 de un granjero londinense. En el año 1861 el conocido clínico alemán [Theodor Wittmaack](#) la incluyó por primera vez en su lista de enfermedades describiéndola como inquietud de miembros inferiores: *Anxietas tibiaram*. La descripción internacional de *Restless Legs* se hizo oficial internacionalmente en 1945 gracias a la descripción del neurólogo de Estocolmo [Karl Ekbom](#).<sup>56</sup> En su publicación muestra los síntomas y describe ocho casos. Con posterioridad a su descripción se añadió la palabra síndrome para hacer descripción de la enfermedad, no de un proceso. Durante los [años cincuenta](#) se intentó ligar las causas de la enfermedad al periodo de gestación, deficiencia de hierro, y [fallos renales crónicos](#). Estudios posteriores enlazaron algunas de causas a un fallo en el [sistema límbico](#) del cerebro humano.

- 88.2)- Epidemiología.

Algunos investigadores estiman que este síndrome afecta hasta un 10 % de la población europea y estadounidense.<sup>3</sup> Existen pocos casos diagnosticados en la India, Japón y Singapur. Esta aparición de la enfermedad en ciertos lugares, evidencia la existencia de factores raciales o étnicos.<sup>7</sup> Sin embargo, otros consideran que la ocurrencia es mayor porque, en algunos casos, no se diagnostica correctamente. El síndrome de las piernas inquietas ocurre en ambos sexos, pero la incidencia puede ser ligeramente mayor en las mujeres.<sup>7</sup> Aunque el síndrome puede comenzar a cualquier edad, aún tan temprano como en la infancia, la mayoría de los pacientes severamente afectados son de edad media o mayores. Además, la severidad del trastorno parece aumentar con la edad. Los pacientes mayores sufren los síntomas con más frecuencia y durante períodos de tiempo más largos. Algunos pacientes muestran síntomas ya desde la niñez. Algunas personas con el síndrome no buscan atención médica pensando que no se les va a tomar en serio, que sus síntomas son muy leves o que su problema no se puede tratar. Algunos médicos, equivocadamente, atribuyen los síntomas al nerviosismo, al [insomnio](#), al [estrés](#), a la [artritis](#), a los calambres musculares o al envejecimiento.

- 88.3)- Etiología.

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

---

El síndrome de piernas inquietas está asociado con frecuencia a una deficiencia de hierro (aproximadamente en el 20% de los casos).<sup>8</sup> Los niveles elevados de [estrógenos](#) son otra causa relacionada con la aparición de los síntomas, como ocurre durante el embarazo.<sup>8</sup> Entre los factores de riesgo se incluyen edad avanzada y el consumo de ciertos medicamentos, tales como los [antagonistas de la dopamina](#), los [antidepresivos tricíclicos](#) y los [inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina](#).<sup>8</sup> El tabaco y la ingesta excesiva de cafeína o alcohol pueden empeorar los síntomas.<sup>8</sup>

Asimismo, es muy común en personas con enfermedades inflamatorias del [tracto gastrointestinal](#), como la [enfermedad celíaca](#) sin diagnosticar o tratar (que puede cursar sin síntomas digestivos), la [enfermedad de Crohn](#) y el [sobrecrecimiento bacteriano intestinal](#).<sup>9</sup> Con frecuencia, estas enfermedades provocan una deficiencia de hierro y un aumento de los niveles de inflamación sistémica.<sup>9</sup> Esta inflamación podría ser una causa directa del desarrollo del síndrome de piernas inquietas, al afectar a la neurotransmisión de la [dopamina](#) en el cerebro y la médula espinal.<sup>9</sup>

El síndrome de las piernas inquietas es el segundo trastorno del movimiento relacionado con el [gluten](#) más frecuente (la [ataxia por gluten](#) es el primero). Estos trastornos se desarrollan independientemente de la existencia de síntomas o lesiones intestinales, es decir, tanto en celíacos como en no celíacos. Más de la mitad de las personas experimenta una clara mejoría con la [retirada estricta del gluten de la dieta](#), sin necesidad de ningún otro tratamiento adicional.<sup>4</sup> (véase [Trastornos neurológicos relacionados con el gluten](#)) .

- 88.4)- Cuadro Clínico.



El periodo de descanso durante la tarde, o noche, desencadena el efecto de 'piernas inquietas' y su deseo de andar.

Las personas a menudo describen las sensaciones del síndrome de las piernas inquietas como «quemantes», como si algo se les deslizara, o como si insectos treparan por el interior de sus piernas (sensación de *hormigueo*). Estas sensaciones, a menudo llamadas parestesias (sensaciones anormales) o disestesias (sensaciones anormales desagradables), varían en gravedad de desagradables a irritantes, a dolorosas.<sup>10</sup> Por regla general se desencadenan estas sensaciones cuando el paciente se encuentra en reposo. La sensación de alivio parece surgir si el paciente anda o se mueve, y es por esta razón por la que deviene en un [trastorno del sueño](#), por su incapacidad de desarrollar una actividad de descanso. Esta situación genera una disminución de [calidad de vida](#) del paciente. Los síntomas del síndrome de las piernas inquietas en las extremidades se suelen desatar por la tarde, o noche.

El aspecto más distintivo o poco usual del trastorno es que los síntomas son activados por el hecho de acostarse y tratar de relajarse. Como resultado, la mayoría de las personas con el síndrome de las piernas inquietas tienen dificultad para conciliar y mantener el [sueño](#). En la

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

---

literatura de finales del siglo XX se denominaba a los pacientes con síndrome de las piernas inquietas: "andadores nocturnos" (*nightwalkers*). En segundo orden de cosas puede causar trastornos sociales debido a la imposibilidad de asistir al teatro, al cine. En algunas ocasiones impedimento para viajar.<sup>10</sup> Pérdida de concentración en el trabajo. Si no se trata, el trastorno provoca agotamiento y fatiga durante el día. Muchas personas con el síndrome de las piernas inquietas informan que su trabajo, sus relaciones personales y las actividades diarias resultan muy afectadas como resultado del cansancio. A menudo no se pueden concentrar, tienen la [memoria](#) deteriorada, o fallan en el cumplimiento de sus tareas diarias. Existe una categorización de severidad de la enfermedad que va desde los síntomas intermitentes de incomodidad, hasta los moderados (síntomas que aparecen a diario), hasta los extremos que por su habitual aparición puede causar serios problemas psicológicos. En casos graves también afecta los miembros superiores llegando hasta zarandeos de cuerpo completo parecido a la [epilepsia](#) (claro que si pasa en ese caso ambas se pueden confundir).

**- 88.5)- Diagnóstico.**

Los médicos que sospechan el síndrome de las piernas inquietas suelen tratar los pacientes en [clínicas del sueño](#) con el objeto de precisar mejor el diagnóstico. Para diagnosticar el RSL, debe detectarse cualquiera de los cuatro síntomas:<sup>11</sup>

1. Una necesidad urgente de mover las piernas, acompañada generalmente de una sensación incómoda y poco placentera en las extremidades.
2. La necesidad de moverse, o la sensación poco placentera en las extremidades, que comienza cuando se inician periodos de descanso.
3. La necesidad de moverse, o las sensaciones poco placenteras en las extremidades, son parcialmente disminuidas por el movimiento del paciente. Generalmente andando, haciendo [estiramientos](#), etc.
4. La necesidad de movimiento, o las sensaciones poco placenteras en las extremidades, es mayor en los periodos de tarde/noche, siendo menos probables por la mañana.

Debido a una posible causa de [transmisión hereditaria](#),<sup>1</sup> los pacientes que tengan entre los familiares un caso de síndrome de las piernas inquietas son potenciales pacientes. De la misma forma un análisis de sangre buscando bajos niveles de [ferritinas](#) que indiquen bajos niveles de [hierro en sangre](#).

**- 88.6)- Diagnóstico Diferencial.**

Más del 80% de las personas con el síndrome de las piernas inquietas también sufren una dolencia más común conocida como [síndrome de movimientos periódicos de las piernas](#) (PLMD por sus siglas en inglés). Se ha descrito la asociación de anemia ferropénica con el síndrome de piernas inquietas junto a acatisia.<sup>12</sup> El PLMD se caracteriza por movimientos involuntarios bruscos de las piernas, como jalones o tirones, que ocurren durante el sueño, generalmente con una frecuencia de 10 a 60 [segundos](#), a veces durante toda la noche. Estos síntomas hacen que el paciente se despierte repetidamente e interrumpen gravemente el sueño. A diferencia del síndrome de las piernas inquietas, los movimientos causados por el *PLMD* son involuntarios. Aunque muchos pacientes con este síndrome también desarrollan el síndrome de movimientos periódicos de las piernas, la mayoría de las personas con este trastorno no sufren el síndrome de las piernas inquietas.

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

---

De igual modo que ocurre con el síndrome de las piernas inquietas, no se conoce la causa del *PLMD*, aunque estudios recientes realizados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard concluyen provisionalmente que detrás de la relación entre la disfunción eréctil y el movimiento involuntario de las piernas podrían estar los bajos niveles de [dopamina](#), una hormona neurotransmisora del sistema nervioso asociada a ambos trastornos.

- 88.7)- Tratamiento.

Se trata con diversos medicamentos que van desde la [levodopa](#), los [dopaminérgicos](#), los [opiáceos](#), las [benzodiazepinas](#), los [antiepilépticos](#) y los [suplementos dietéticos](#) de hierro.<sup>6</sup>

- 88.8)- Véase También.

- [Acatisia](#);
- [Acromegalia](#);
- [Clasificación internacional de los trastornos del sueño](#);
- [Síndrome de movimientos periódicos de las piernas](#);

- 88.9)- Referencias.


1.           ↑ [Saltar a:](#) <sup>a b</sup> Ekbom KA. Restless legs syndrome. *Neurology* 1960; 10: 868–73.
2.           ↑ [Saltar a:](#) <sup>a b</sup> Berwald, Juli M. (2005). [«Restless Leg Syndrome»](#). *AARP*. Consultado el 15 de marzo de 2011.
3.           ↑ [Saltar a:](#) <sup>a b</sup> K. Ray, Chaudhuri (2004). Taylor & Francis, ed. *Restless Legs Syndrome*. Per Odin, Charles Warren Olanow (primera edición). Londres. [ISBN 1-84214-162-7](#).
4.           ↑ [Saltar a:](#) <sup>a b</sup> Zis P, Hadjivassiliou M (26 de febrero de 2019). [«Treatment of Neurological Manifestations of Gluten Sensitivity and Coeliac Disease»](#). *Curr Treat Options Neurol* (Revisión) 21 (3): 10. [PMID 30806821](#) | pmid= incorrecto ([ayuda](#)). [doi:10.1007/s11940-019-0552-7](#).
5.           ↑ Karl-Axel Ekbom: *Restless legs: A clinical study of a hitherto overlooked disease in the legs characterized by peculiar parasthesia ("Anxietas tibiaram"), pain and weakness and occuring in two main forms, Asthenia crurum paraesthetica and asthenia crurum dolorosa; a short review of paresthesias in general* Hæggström, Stockholm 1945 (Acta medica Scandinavica Suppl. 158)
6.           ↑ [Saltar a:](#) <sup>a b</sup> J. Ulfberg, K. Ekbom (2009). «Restless legs syndrome». *Journal of Internal Medicine* 266 (5): 419-431. [doi:10.1111/j.1365-2796.2009.02159.x](#).
7.           ↑ [Saltar a:](#) <sup>a b</sup> Ohayon MM (2002). «Prevalence of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in the general population». *J Psychosom Res* 53 (1): 547-54. [PMID 12127170](#).
8.           ↑ [Saltar a:](#) <sup>a b c d</sup> Einollahi B, Izadianmehr N (5 de septiembre de 2014). [«Restless leg syndrome: a neglected diagnosis»](#). *Nephrourol Mon* (Revisión) 6 (5): e22009. [PMC 4318015](#). [PMID 25695039](#). [doi:10.5812/monthly.22009](#).
9.           ↑ [Saltar a:](#) <sup>a b c</sup> Ferini-Strambi L, Walters AS, Sica D (junio de 2014). [«The relationship among restless legs syndrome \(Willis-Ekbom Disease\), hypertension,](#)

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


---

[cardiovascular disease, and cerebrovascular disease». \*J Neurol\* \(Revisión\) 261 \(6\): 1051-68. \[PMC 4057632\]\(#\). \[PMID 23963470\]\(#\). \[doi:10.1007/s00415-013-7065-1\]\(#\).](#)

10. ↑ [Saltar a:](#) <sup>a</sup> <sup>b</sup> H. Yoakum, Robert (2006). Simon & Schuster, ed. *Restless Legs Syndrome: Relief and Hope for Sleepless Victims of a Hidden Epidemic* (primera edición). Nueva York. [ISBN 1-4165-3185-8](#).

- ↑ William G. Ondo (2006). Informa Healthcare, ed. *Restless Legs Syndrome*:  Multimedia: [Restless leg syndrome](#).

**- 88.10)- Bibliografía.**

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



Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Síndrome de las piernas inquietas&oldid=118830595](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Síndrome_de_las_piernas_inquietas&oldid=118830595)»

**Categorías:**

- [Parasomnias](#)
- [Enfermedades raras](#)
- [Trastornos extrapiramidales y del movimiento](#)
- [Síndromes](#)

**Editar enlaces**

- Esta página se editó por última vez el 15 octubre 2019 a las 09:59.
- 11. *Diagnosis and Treatment* (primera edición). Londres. [ISBN 0849336147](#).
- 12. ↑ Ferreras Rozman (2016). «16». *Medicina Interna*. Elsevier. p. 1560.

**- 88.11)- Enlaces Externos.**

- [Asociación Española de Pacientes con Síndrome de Piernas Inquietas](#)
- [Piernas inquietas. National Institute of Neurological Disorders and Stroke](#)
- [Libro: "SPI, el demonio que me despierta mientras duermo"](#)
- [Reportaje divulgativo sobre el Síndrome de Piernas Inquietas](#)

[Control de autoridades](#)

- **Proyectos Wikimedia**
-  Datos: [Q916280](#)
-  Multimedia: [Restless leg syndrome](#)
- **Identificadores**




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

---

---

- [NDL: 01143835](#)
- Dictionarios y enciclopedias
- [Britannica: url](#)
- Identificadores médicos
- DOI: [DOI:0050425](#)
- [CIE-10: G25.81](#)
- [CIE-9: 333.94](#)
- [CIAP-2: N04](#)
- [OMIM: 102300](#)
- [DiseasesDB: 29476](#)
- [MedlinePlus: 000807](#)
- [eMedicine: 1188327](#)
- [MeSH: D012148](#)

-  Datos: [Q916280](#)

0 0 0 0 0 0 0 0.

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

---

---

- CAPÌTULO IXC: -89)- TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.-

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

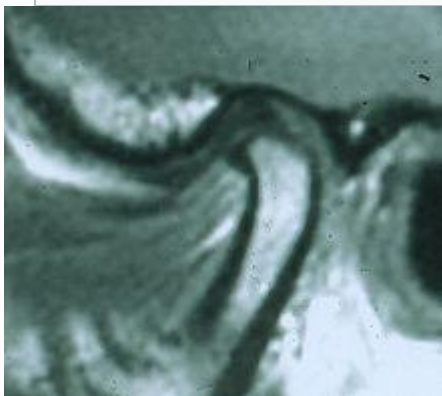
DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR	
Clasificación y recursos externos	
<a href="#">Especialidad</a>	Estomatología
<a href="#">CIE-10</a>	<a href="#">K07.6</a>
<a href="#">CIE-9</a>	<a href="#">524.60</a>
<a href="#">DiseasesDB</a>	<a href="#">12934</a>
Sinónimos	

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

---

---

- Trastornos de la articulación temporomandibular



Resonancia magnética de la articulación temporo mandibular

Los trastornos de la articulación temporomandibular, también conocidos como disfunción temporomandibular o disfunción craneomandibular, (DCM), son un conjunto de alteraciones relativas a la [articulación temporomandibular](#) y las estructuras anatómicas que la rodean, que son causa de dolor de cabeza ([cefalea](#)) y trastornos faciales dolorosos de diversa intensidad que afectan un porcentaje importante de la población. La Asociación Dental Americana prefiere el uso del término trastornos temporomandibulares, dado que muchos de estos trastornos no están originados en la articulación temporomandibular.<sup>123</sup>

Estos trastornos se manifiestan habitualmente con [dolor crónico](#) de cabeza o de la cara. El dolor puede producirse al abrir o cerrar la boca y suele acrecentarse con el uso de la [mandíbula](#) ([masticar](#), [cantar](#), [hablar](#)). El origen del dolor puede ser alguna alteración en la estructura músculoesquelética de la articulación temporomandibular, [dolor neuropático](#) episódico (por ejemplo, [neuralgia del trigémino](#)) o continuo, y enfermedades neurovasculares como la [migraña](#).<sup>13</sup>

ÌNDICE.-

- CAPÍTULO IXC: -89)- TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.-

- 89.1)- [Definición](#)

- 89.2)- [Clasificación](#)

- 89.2.1)- [Compromiso articular temporomandibular](#)

- 89.3)- [Epidemiología](#).

- 89.4)- [Etiología](#).

- 89.5)- [Cuadro Clínico](#).

- 89.6)- [Diagnóstico](#).

- 89.7)- [Tratamiento](#).

- 89.8)- [Bibliografía](#)

- 89.9) [Referencias](#).

-89.10)- [Enlaces Externos](#).

- 89.1)- [Definición](#).

-La [articulación temporomandibular](#) puede ser afectada por enfermedades [inflamatorias](#), [traumáticas](#), [infecciosas](#), [congénitas](#), [del desarrollo](#) y [neoplásicas](#); sin embargo, la causa más común corresponde a un grupo de trastornos funcionales que generan dolor, más

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

---

---

frecuentemente en mujeres, y que se conoce como síndrome de «disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular», «trastornos de la articulación temporomandibular» o simplemente «disfunción temporomandibular».

-Este síndrome se define como un subconjunto de los problemas craneofaciales dolorosos, caracterizado por el compromiso de la articulación temporomandibular, los músculos de la masticación y las estructuras anatómicas asociadas. Los pacientes que lo padecen, se presentan comúnmente con dolor, movilidad mandibular alterada y sonidos en la articulación temporomandibular.

- 89.2)- Clasificación.

-Esta enfermedad, ha tenido numerosas clasificaciones, no obstante, en general se puede dividir en tres grupos: los trastornos relativos a la [articulación temporomandibular](#) (ATM); aquellos trastornos relativos a la musculatura adyacente, y los degenerativos.

-Dentro de las agrupaciones mencionadas, la clasificación de la [Academia Americana de Dolor Orofacial](#) (AAOP) es la más ampliamente aceptada:

- Trastornos musculares:
  - Mialgia local.
  - Dolor miofascial.
  - Mioespasmo.
  - Miositis.
  - Mialgia central.
  - Co-contracción muscular.
  - Contractura miofibrótica.
  - Fibromialgia.
- Alteraciones del complejo cóndilo-disco.
  - Desplazamiento discal con recaptación.
  - Desplazamiento discal sin recaptación.
  - Adherencia/adhesión.
- Luxación mandibular.
- Subluxación mandibular.
- Anquilosis de la ATM.
- Anomalías del crecimiento mandibular.
- Distonías oromandibulares.
- Artritis sistémicas.
- Trastornos dolorosos de la ATM.
  - Artralgia.
  - Artritis.
  - Osteoartritis.

-La [Sociedad Internacional de Cefaleas](#), clasifica este trastorno como una cefalea secundaria: "Cefalea o dolor facial atribuible a un trastorno de la articulación temporomandibular", (K07.6), según la segunda edición de la [Clasificación Internacional de las Cefaleas](#).

- 89.2.1)- Compromiso Articular Temporomandibular.

:-: [Compromiso articular temporomandibular](#).

Entre los trastornos de la articulación temporomandibular está el [Compromiso Articular Temporomandibular](#), descrito en España en el año 2008 que se diferencia del grupo de

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

---

---

trastornos de la articulación temporomandibular, ya que la principal causa es extraarticular y no se genera dolor a la palpación de los componentes de la articulación temporomandibular. Diferentes cefaleas tales como la [migraña](#) o la [cefalea tensional](#), cuadros de [mareos](#) o [vértigos](#), [síndrome de Meniere](#), [neuralgia del trigémino](#), [parálisis faciales](#) periféricas o el [síndrome de la boca ardiente](#) (SBA) se asocian con esta patología.<sup>45</sup>

**- 89.3)- Epidemiología.**

Los trastornos de la articulación temporomandibular afectan entre un 5 a 12% de la población. Alrededor de un 25% (16 a 59%) de la población experimenta alguno de los síntomas de estos trastornos, sin embargo, sólo entre un 3 y un 7% consulta por esta causa. Es la segunda causa de consulta por dolor musculoesquelético después del [dolor lumbar](#). Es más frecuente en mujeres entre los 20 y 50 años. La relación mujer:hombre varía entre 2:1 a 8:1.<sup>6</sup>

**- 89.4)- Etiología.**

La etiología de los trastornos de la articulación temporomandibular es multidimensional. Hay factores [biomecánicos](#), neuromusculares, [biopsicosociales](#) y neurobiológicos que influyen en su predisposición, iniciación, y agravamiento.<sup>7</sup>

**- 89.5)- Cuadro Clínico.**

Las molestias o el dolor se localizan habitualmente en la [mandíbula](#), la [articulación temporomandibular](#) y los músculos de la [masticación](#). Se asocia también con dolor del oído, sensación de oído tapado, [tinnitus](#), [mareos](#), dolor cervical y [cefalea](#). Su curso puede ser agudo y autolimitado, o crónico y refractario a los tratamientos.

Las alteraciones de la articulación temporomandibular pueden ocasionar dolores de cabeza recurrentes que no responden al tratamiento habitual. Los síntomas típicos de estos trastornos mandibulares son el ruido articular ("chasquido"), la debilidad de músculos masticatorios, la limitación y disminución en la gama de movimientos de la mandíbula.

**Síntomas:**

- Dolor: en la cabeza, principalmente en las sienes y delante del oído, y que se puede irradiar a la mandíbula, boca, garganta, nuca, cuello, hombros.
- Ruidos: articulares como chasquidos, crujidos; óticos como zumbidos, pitidos, dolor de oído.
- Funcionales: luxaciones mandibulares (quedarse con la boca abierta); bloqueos cerrados (no poder abrir la boca); dolor al masticar.
- Otros: dolor en la garganta.

**- 89.5)- Diagnóstico.**

- Anamnesis del paciente.
- La exploración se basa en la medida del movimiento articular, en la evaluación de la función temporo-mandibular, y en la palpación de los músculos y de la articulación. Las mediciones se realizan entre los [incisivos superiores e inferiores](#) en la apertura y los movimientos laterales de la [mandíbula](#).<sup>8</sup>

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

---

La palpación del músculo y de la articulación es necesaria para determinar tanto la condición muscular como articular, cuyas alteraciones, especialmente dolorosas, se presentan en el [síndrome miofascial](#).


El dolor articular, la limitación en los movimientos y la debilidad articular son evidencia de la presencia del trastorno.<sup>8</sup>

- 89.6)- Tratamiento.

-El tratamiento suele ser multidisciplinario.

- Equilibrado Oclusal<sup>9</sup>
- Férulas de descarga: existen dos tipos fundamentales aceptados por la AAOP, férula de estabilización mandibular y férula de adelantamiento mandibular.
- Autocuidados mandibulares.
- Fisioterapia mandibular.
- Tratamiento farmacológico (analgésicos, ...).
- Infiltraciones en la ATM o en la zona cráneo-cervical:<sup>10</sup> Uso de sustancias regeneradoras de las articulaciones como el [plasma rico en factores de crecimiento](#) (PRGF-Endoret), anestésicos, corticoides, toxina botulínica (botox)..
- Cirugía de la ATM: artrocentesis, artroscopia,... La cirugía solo está indicada en casos extremos que no respondan a tratamiento conservador.
- Técnicas de relajación y psicoterapia.

- 89.7)- Bibliografía.

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

- 89. 8)- Referencias.

1. ↑ [Saltar a:](#) <sup>a</sup> <sup>b</sup> Schiffman, Eric; Ohrbach, Richard; Truelove, Edmond; Look, John; Anderson, Gary; Goulet, Jean-Paul (invierno de 2014). [«Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders \(DC/TMD\) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network\\* and Orofacial Pain Special Interest Group»](#) [Criterios diagnósticos para los trastornos temporomandibulares (DC/TMD) para aplicaciones clínicas y de investigación: recomendaciones de la red del Consorcio Internacional RDC/TMD y del Grupo de Interés Especial del Dolor Orofacial.]. *J Oral Facial Pain Headache* (en inglés) 28 (1): 6-27. [PMID 24482784](#).
2. ↑ Romero-Reyes, Marcela; Uyanik, James M (febrero de 2014). [«Orofacial pain management: current perspectives»](#). *J Pain Res* (en inglés) (Dove Press) 7: 99-115. [PMID 24591846](#). [doi:10.2147/JPR.S37593](#).
3. ↑ [Saltar a:](#) <sup>a</sup> <sup>b</sup> Okeson, Jeffrey P; de Leeuw, Reny (enero de 2011). [«Differential Diagnosis of Temporomandibular Disorders and Other Orofacial Pain](#)

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

---

- [Disorders» \[Diagnóstico de trastornos temporomandibulares y otros trastornos dolorosos orofaciales\]](#). *Dent Clin N Am* (en inglés) (Elsevier) 55: 105-120. PMID 21094721. doi:10.1016/j.cden.2010.08.007. Archivado desde [el original](#) el 29 de septiembre de 2013..
4. [↑](#) Larena-Avellaneda Mesa, José (2008). «[Compromiso articular temporomandibular](#)». *Revista mexicana de odontología clínica* (México) 2 (3): 4-8.
  5. [↑](#) Ferreira Jorge (diciembre de 2012). «[Presentación de una nueva patología oral: el "Compromiso Articular Temporomandibular"](#)». *Revista Oficial del Colegio de Dentistas de Guuzkoa* (24): 25-29.
  6. [↑](#) Murphy, Meghan K; MacBarb, Regina F; Wong, Mark E; Athanasiou, Kyriacos A (noviembre a diciembre de 2013). «[Temporomandibular Joint Disorders: A Review of Etiology, Clinical Management, and Tissue Engineering Strategies](#)» [[Alteraciones en la articulación temporomandibular: una revisión de la etiología, manejo clínico y estrategia de ingeniería de tejidos](#)]. *Int J Oral Maxillofac Implants* (en inglés) 28 (6): e393-e414. PMID 24278954..
  7. [↑](#) Oral, Koray; Bal Küçük, Burcu; Ebeoğlu, Buğçe; Dinçer, Sibel (julio de 2009). «[Etiology of temporomandibular disorder pain](#)» [[Etiología del dolor del trastorno temporomandibular](#)]. *AĞRI* (en inglés) (Estambul) 21 (3): 89-94.
  8. [↑](#) [Saltar a:](#) <sup>a</sup> <sup>b</sup> Aragón, MC; Aragón, F; Torres, LM (octubre de 2005). «[Trastornos de la articulación temporo-mandibular](#)». *Rev. Soc. Esp. Dolor* (Narón, La Coruña, España) 12 (7): 429-435. ISSN 1134-8046. .
  9. [↑](#) Padrós Serrat, Eduardo (2006). «5 - 5,6 Equilibrado Oclusal». *Bases diagnósticas, terapéuticas y posturales del funcionamiento craneofacial*. Ripano. p. 1341-1352. ISBN 9788461140336.
  10. [↑](#) Eduardo Vázquez. «[Tipos de Tratamiento de ATM](#)». [www.dolororofacial.com](#).

-89.9)- Enlaces Externos.



Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Trastornos de la articulaci3n temporomandibular&oldid=111935444](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Trastornos_de_la_articulaci3n_temporomandibular&oldid=111935444)»

**Categoría:**

- [Enfermedades del aparato locomotor](#)

**Editar enlaces**

- Esta página se editó por última vez el 15 octubre 2018 a las 10:08.

0 0 0 0 0 0 0 0.

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

---

---

**- CAPÌTULO XC: - 90)- RETROVIRIDAE.-**

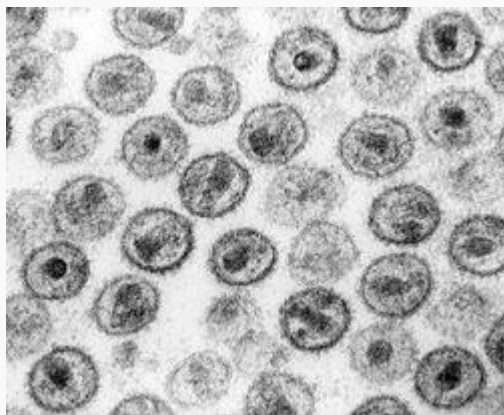
**-De Wikipedia, la enciclopedia libre.**





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

---



Micrografía

Clasificación de los virus

Grupo: VI (Virus ARN monocatenario retrotranscrito)

Familia: *Retroviridae*

Géneros

Alpharetrovirus

Betaretrovirus

Gammaretrovirus

Deltaretrovirus

Epsilonretrovirus

Lentivirus

Spumavirus

*Retroviridae* es una familia de virus que comprende los retrovirus. Son virus con genoma de ARN monocatenario de polaridad positiva y se replican de manera inusual a través de una forma intermedia de ADN bicatenario. Este proceso se lleva a cabo mediante una enzima: la retrotranscriptasa o transcriptasa inversa, que dirige la síntesis de ADN a través de ARN y posee una importancia extraordinaria en la manipulación genética. Una vez que se ha pasado de ARN monocatenario a ADN, se inserta dentro del ADN propio de la célula infectada donde se comporta como un gen más (véase Ciclo reproductivo de los virus).<sup>1</sup> Por tanto, se incluyen en el Grupo VI de la Clasificación de Baltimore.

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

---

Los retrovirus son responsables de muchas enfermedades, incluyendo algunos [cánceres](#) y el [sida \(VIH\)](#).<sup>2</sup> Existen diversos grupos de investigación que han intentado modificar genéticamente los retrovirus para usarlos en [terapia génica](#) como [vectores](#), pero se han encontrado con diversos problemas. .

-ÍNDICE.-

- CAPÍTULO XC: - 90)- RETROVIRIDAE.-

- [90.1\)- Clasificación](#)
- [90.2\)- Estructura Genética.](#)
- [90.3\)- Ciclo de Replicación.](#)
- [90.4\)- Retrovirus Humanos.](#)
- [90.4.1VIH-1\)-](#)
- [90.4.2VIH-2\)-](#)
- [90.4.3HTLV-I y HTLV-II\)-](#)
- [90.4.4XMRV\)-](#)
- [90.5\)- Uso en Terapia Génica .](#)
- [90.6\)- Referencias.](#)
- [90.7\)- Véase también.](#)
- [90.8\)- Bibliografía.](#)
- [90.9\)- Enlaces Externos.](#)

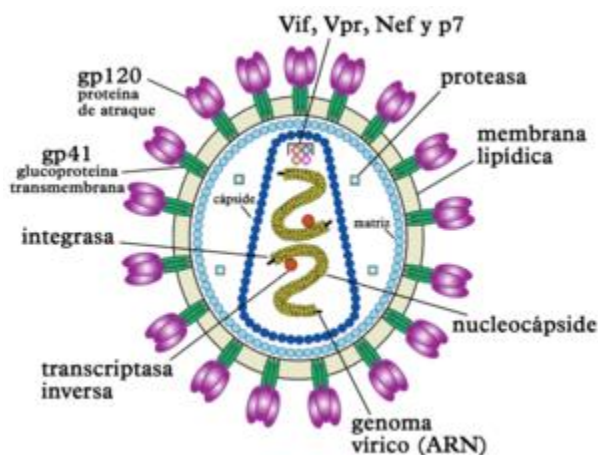
- 90.1)- Clasificación.

-La familia incluye los siguientes géneros:

- Género [Alpharetrovirus](#); especie tipo: [Virus de la leucosis aviar.](#)
  - Género [Betaretrovirus](#); especie tipo: [Virus del tumor mamario del ratón.](#)
  - Género [Gammaretrovirus](#); especie tipo: [Virus de la leucemia murina](#); otra: [Virus de la leucemia felina.](#)
  - Género [Deltaretrovirus](#); especie tipo: [Virus de la leucemia bovina](#); otra: [Virus linfotrópico T humano](#), causante de cáncer.
  - Género [Epsilonretrovirus](#); especie tipo: [Virus cutáneo del Walleye](#), que afecta a peces.
  - Género [Lentivirus](#); especie tipo: [Virus de la inmunodeficiencia humana 1](#); otras: [Virus de inmunodeficiencia en simios](#), [Virus de la inmunodeficiencia felina.](#)
  - Género [Spumavirus](#); especie tipo: [Virus espumoso del chimpancé.](#)
- 90.2)- Estructura Genética.

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

---



**-Retrovirus.**

- El genoma del virus toma la forma de un [ARNm](#) de polaridad positiva, incluida la [cap 5'](#) y la [poly-A 3'](#) dentro del virión. Una vez dentro de la célula del huésped, la cadena de ARN se somete a la transcripción inversa en el [citósol](#) y es integrado en el genoma del huésped, momento en que el ADN retroviral se denomina [provirus](#).

-En el caso del [VIH](#), el genoma consta de dos moléculas de ARN de cadena simple y polaridad positiva. Las moléculas de ARN están físicamente unidas mediante puentes de hidrógeno, en sus extremos 5', lo que hace que sea difícil la encapsidación de más de 2 moléculas en un provirus.

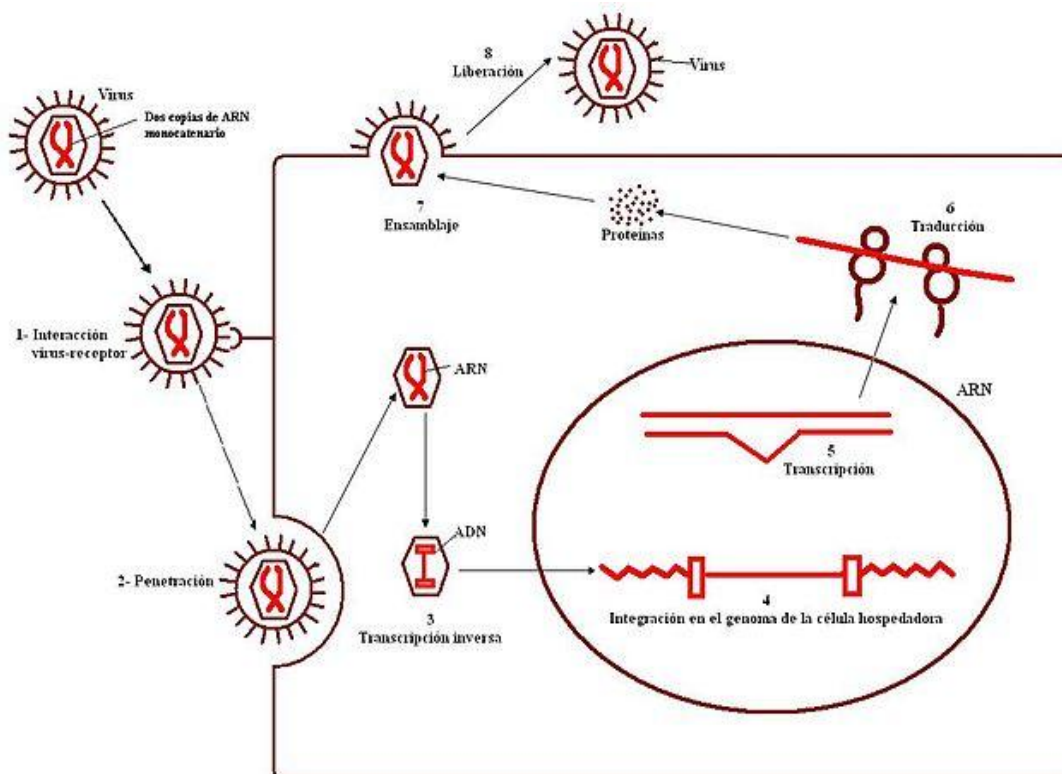
-La organización genómica es siempre la misma, 5'-Gag-Pol-env-3', y además dependiendo del tipo de retrovirus, hay genes accesorios que se solapan con los genes principales.

-A pesar de la inmensa variabilidad, entre los distintos tipos de retrovirus, podemos decir que la partícula viral se compone de:

- [Envoltura](#) formada por una glicoproteína de superficie (SU) y una proteína de transmembrana (TM).
- [Cápside](#) viral o core que incluye las proteínas de la matriz (MA), cápside (CA) y nucleocápside (NC).
- Enzimas como la [transcriptasa inversa](#) (RT), [proteasa](#) (PR), [integrasa](#) (IN), que son muy importantes para la replicación del virus.
- Otras proteínas no esenciales para el virus.

**- 90.3)- Ciclo de Replicación.**

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



**Ciclo de replicación de un retrovirus**

-Ciclo de replicación de un retrovirus.

- El ciclo de replicación comprende varias etapas comunes a todos los retrovirus. En una fase inicial o temprana, el virus se une a receptores específicos de la célula, gracias a la [glicoproteína](#) de superficie. Las membranas vírica y celular, se fusionan, y la cápside viral entra en la célula.

-Las enzimas víricas permanecen asociadas al ARN genómico ,formando una complejo nucleoproteico. La síntesis de ADN vírico, incluyendo las LTR (Long Terminal Repeat;[Repetición Terminal Larga](#)) , se produce en el [citoplasma](#), a través de la [Transcriptasa reversa](#) RT. La actividad [ARNasa](#) H de la RT degrada la hebra de ARN y casi simultáneamente emplea la del ADNc, como molde para sintetizar una segunda hebra de ADN, convirtiéndolo en bicatenario.

- Este permanece unido al complejo nucleoproteico, con el que pasa al [núcleo celular](#) y, mediante la [Integrasa](#) (IN), el ADN viral se integra ([provirus](#)) en el genoma celular, donde puede permanecer por un tiempo indefinido, (en ocasiones luego de esta fase, puede pasar a transformarse en un [retrovirus endógeno](#), si logra infectar una [célula germinal](#)).

- Luego viene la fase de transcripción de los genes, originando ARN, que sirven como genoma del nuevo [virión](#) y [ARN mensajeros](#), para las [poliproteínas](#).

- Las proteínas de gag y pol, se asocian con el ARN viral, formando un "core" intracelular, mientras que las proteínas de env se insertan en la membrana plasmática de la célula.

- Tras el ensamblaje, se produce la salida de la célula por gemación, durante la cual el virus adquiere la doble capa lipídica de su envoltura. Estudios recientes, sugieren que la salida de la partícula viral, se produce en lugares determinados de la célula. Parece ser que Gag migraría hacia zonas de la membrana, ricas en determinados lípidos; que son las llamadas

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

---

---

balsas o raft. Las proteínas asociadas a estos raft, que se incorporan a la envuelta del virus, desempeñarían también un papel importante en la replicación viral.

- Finalmente se produce la maduración de las partículas gemadas, mediante el procesamiento de las poliproteínas por la Proteasa (PR) viral, que corta las poliproteínas precursoras. Los principales productos son las proteínas de la matriz (p17), cápside (p24), nucleocápside (p7) y la p6 (proteína). La proteasa es solamente activa dentro del virión. La maduración del VIH constituye un mecanismo importante para el diseño de antirretrovirales.

- 90.4)- Retrovirus Humanos.

Existen 5 retrovirus humanos identificados: el virus de la inmunodeficiencia humana de tipo 1 (VIH-1), el de tipo 2 (VIH-2) y los virus linfotrópicos de células T humanos de tipo I y II (HTLV-I y HTLV-II). Todos se hospedan en los [linfocitos](#) T. Los virus de la inmunodeficiencia humana producen la lisis de las células que infectan provocando una severa inmunodepresión. Los virus HTLV-I/ II producen la inmortalización de los linfocitos infectados, generando una replicación descontrolada de los mismo, y por lo tanto una linfoproliferación.<sup>3</sup>

- 90.4.1)- VIH-1.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida o [sida](#), es la expresión final de la infección por el [VIH](#). La infección por este virus ocasiona la destrucción del sistema inmunitario además de manifestaciones neurológicas y tumorales. Estas manifestaciones clínicas se deben al tropismo tanto macrófágico como linfocitario del virus. Presenta una preferencia para infectar a linfocitos TCD4+, en los que la replicación es activa y muy agresiva, lo que provoca como característica de la infección una profunda inmunosupresión. La fisiopatología del sida es un proceso complejo, donde existen implicados mecanismos patogénicos tan diferentes que algunos hasta hoy no han sido completamente comprendidos. Los principales mecanismos de transmisión de la infección por VIH son sexual, parenteral y sanguínea.

- 90.4.2)- VIH-2.

Al igual que el VIH-1, el VIH-2 es un lentivirus. Su genoma está compuesto por 2 cadenas simples de ARN de polaridad positiva, y también contiene la enzima RT, que permite la integración del material genético del virus, como forma de provirus en el genoma de la célula que infecta, que es generalmente los linfocitos T CD4+. Comparte con el VIH-1 un 40-50% de homología genética, lo que hace necesario disponer de técnicas de biología molecular específicas para diagnosticar la infección por VIH-2. La distribución geográfica del VIH-2 está restringida prácticamente al continente africano y parece ser que la patología producida es mucho más leve y lenta que la causada por el VIH-1. El mecanismo de transmisión es igual que el VIH-1.

- 90.4.3)- HTLV-I y HTLV-II.

-El virus linfotrópico de células T humano es un retrovirus que pertenece a la subfamilia Oncovirinae.

-El [HTLV-I](#) fue el primer retrovirus [oncógeno](#) humano conocido. Puede provocar una hemopatía maligna denominada [leucemia/linfoma](#) de células T del adulto (ATL) y también una mielopatía subaguda denominada [Paraparesia Espástica Tropical](#) (PET) o mielopatía asociada al HTLV-I (HAM).

-El HTLV-II es un virus que no tiene una patología claramente definida, aunque se lo ha asociado con diversos síndromes neurológicos y mielopatías subagudas.

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

---

El material genético está formado por 2 moléculas de ARN de cadena simple y polaridad positiva. El HTLV-I tiene como diana principal los linfocitos TCD4+ y el HTLV-II los linfocitos TCD8+.

El HTLV, una vez que ha infectado a la célula, puede permanecer latente integrado en forma de provirus o comenzar a replicarse. Se cree que el principal mecanismo de transmisión de la infección por HTLV es a partir de mitosis de las células que infecta. Esta expansión clonal da lugar a lo que se denomina carga proviral. El HTLV necesita el contacto célula-célula para producir la infección; los principales mecanismos de transmisión de la infección por virus HTLV son por vía sexual, vía parenteral y vía vertical.

- 90.4.4)- XMRV.

El [XMRV](#) o Xenotropic Murine Retrovirus es un virus recientemente identificado del tipo gamma-retrovirus. Se cree que es causante de cáncer de próstata y Síndrome de fatiga crónica.

- 90.5)- Uso en Terapia Génica.

- La [terapia génica](#) consiste en insertar copias funcionales de un gen defectuoso en el genoma de un individuo. Se han considerado los retrovirus como [vectores génicos](#) pero existen muchos problemas en su utilización.

- Muchos retrovirus sólo infectan células en división.
- La [transfección](#) es poco eficiente.
- El tamaño del gen está limitado por el tamaño de la cápside del virus, a 7 kb.
- Conllevan riesgos de asociación a oncogenes y a otros virus.

- 90.6)- Referencias.

1. [↑](#) Robert Belshaw; Pereira V; Katzourakis A; Talbot G; Paces J; Burt A; Tristem M. (abril de 2004). «[Long-term reinfection of the human genome by endogenous retroviruses](#)». *Proc Natl Acad Sci U S A* 101 (14): 4894-99. [PMID 15044706](#).
2. [↑](#) Medstrand P, van de Lagemaat L, Dunn C, Landry J, Svenback D, Mager D (2005). «Impact of transposable elements on the evolution of mammalian gene regulation». *Cytogenet Genome Res* 110 (1-4): 342-52. [PMID 16093686](#).
3. [↑](#) *El Universal*. «[Descubren una gran cantidad de retrovirus en peces, anfibios y reptiles](#)».

- 90.7)- Véase También.

- [Antirretroviral](#);
- [Oncovirus](#);
- [Sarcoma](#);
- [Leucemia](#);
- [VIH](#);
- [terapia génica](#);
- [Retrovirus endógeno](#);

-90.8)- Bibliografía.

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


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

---



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




2. EN: -LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10; Pag.52- 69.8)-

- 90.9)- Enlaces Externos.

-  [Wikimedia Commons](#) alberga una categoría multimedia sobre [Retroviridae](#).
- [Retroviruses at rcn.com](#)
- [NCBI retrovirus book online](#)
- [Comunidad de Conocimientos en Español](#), mucha información, personas y organizaciones.
- VIH Salud [Información y consejos para personas con VIH](#)

[Control de autoridades](#)

- Proyectos Wikimedia
-  Datos: [Q189308](#)
-  Multimedia: [Retroviridae](#)
-  Especies: [Retroviridae](#)
  
- Identificadores
- **BNF**: [12066909q \(data\)](#)
- **GND**: [4121587-4](#)
- **LCCN**: [sh85113381](#)
- Diccionarios y enciclopedias
- **Britannica**: [url](#)
- Bases de datos taxonómica
- **EOL**: [8053](#)
- **GBIF**: [1940](#)
- **NCBI**: [11632](#)

-  Datos:[Q189308](#)
-  Multimedia:[Retroviridae](#)
-  Especies:[Retroviridae](#)



Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Retroviridae&oldid=117183828>»

**Categoría:**

- [Retroviridae](#)

[Editar enlaces](#)

- Esta página se editó por última vez el 15 octubre 2019 a las 10:33.

0 0 0 0 0 0 0 0.



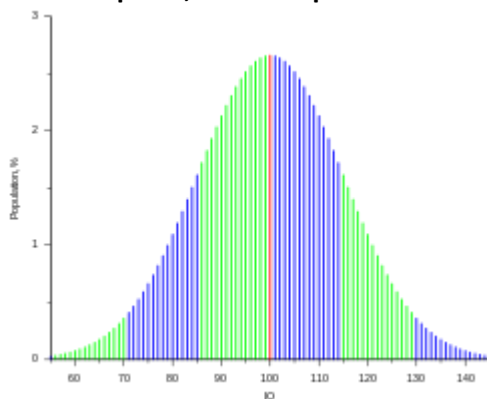
**- LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:  
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -  
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI. LIC. CARLA  
FERNANDEZ.- 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO VIII -**

---

---

- CAPÌTULO XCI: - 91)- COCIENTE INTELECTUAL.-

- De Wikipedia, la enciclopedia libre.



- Los cocientes intelectuales de una población demuestra lo bastante grande pueden representarse con una [distribución normal](#)
- El cociente intelectual<sup>1</sup> o coeficiente intelectual<sup>23</sup> (CI en forma abreviada; del [alemán \*Intelligenzquotient\* o IQ](#)) es un estimador de la inteligencia general resultado de alguno de los [test estandarizados](#), diseñados para este fin.
- Algunos autores consideran, que el [cerebro](#) humano es lo suficientemente complejo como para no poder medir la [inteligencia](#) con un único factor,<sup>4</sup> pero otros, consideran que tiene gran valor predictivo, en términos de rendimiento académico o laboral.<sup>5</sup>
- Recientemente [Nassim Taleb](#), demostró su invalidez estadística<sup>6</sup>, quien considera el IQ como un ejemplo de [Pseudociencia](#).
- Como respuesta parcial a estas críticas, las pruebas de inteligencia, suelen ser más complejas y aportan otros estimadores, aparte del CI, que es necesario valorar.
- En un principio, el CI se obtenía dividiendo la edad mental de una persona : obtenida tras la realización de pruebas o test no estandarizados, entre su edad cronológica y multiplicando el resultado por 100.
- Sin embargo, en la segunda mitad del siglo XX, este método fue sustituido por el diseño de pruebas estandarizadas, que arrojaban directamente la puntuación de este estimador.

-ÌNDICE.-

- CAPÌTULO XCI: - 91)- COCIENTE INTELECTUAL.-

-91.1)- [Terminología](#)

- 91.2)- [Historia](#).

- 91.3)- [Factor G](#).



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

---

- [91.4\)- Acuerdos de la Asociación Psicológica Estadounidense Acerca de la Inteligencia.](#)
- [91.5\)- Genética y Ambiente.](#)
- [91.5.1\)- Heredabilidad de la Inteligencia.](#)
- [91.5.2\)- El Entorno.](#)
- [91.6\)- Pruebas.](#)
- [91.7\)- Mediciones: Rangos y Puntajes del CI.](#)
- [91.7.1\)- Capacidad Cognitiva Nula CI 0-4.](#)
- [91.7.2\)- Discapacidad Cognitiva Profunda CI 5-19.](#)
- [91.7.3\)- Discapacidad Cognitiva Grave CI 20-34.](#)
- [91.7.4\)- Discapacidad Cognitiva Moderada CI 35-54.](#)
- [91.7.5\)- Discapacidad Cognitiva Leve CI 55-69.](#)
- [91.7.6\)- Inteligencia Límite CI 70-84.](#)
- [91.7.7\)- Debajo de la Media CI 85-99.](#)
- [91.7.8\)- Media de Cociente Intelectual Establecida CI 100.](#)
- [91.7.9\)- Encima de la Media CI 101-114.](#)
- [91.7.10\)- Inteligencia Brillante CI 115-129.](#)
- [91.7.11\)- Superdotación Intelectual CI 130-139.](#)
- [91.7.12\)- Genialidad Intelectual CI 140-154.](#)
- [91.7.13\)- Altas Capacidades Intelectuales CI 155-174.](#)
- [91.7.14\)- Inteligencia Excepcional CI 175-184.](#)
- [91.7.15\)- Inteligencia Profunda CI 185-201.](#)
- [91.7.16\)- Inteligencia mayor a 201.](#)
- [91.8\)- Impacto Social.](#)
- [91.8.1\)- Rendimiento Académico y CI.](#)
- [91.8.2\)- Rendimiento Laboral y CI.](#)
- [91.8.3\)- Criminalidad y CI.](#)
- [91.9\)- El Efecto Flynn.](#)
- [91.10\)- Edad y CI.](#)
- [91.11\)- Polémica.](#)
- [91.12\)- Notas.](#)
- [91.13\)- Véase También.](#)
- [91.14\)- Referencias.](#)
- [91.15\)- Bibliografía.](#)
- [91.16\)- Enlaces Externos.](#)
  
- [91.1\)- Terminología.](#)
- Hasta la 22.<sup>a</sup> edición del [Diccionario de la lengua española](#) de la [RAE](#), publicada en [2001](#), se recogía el término «coeficiente» con entrada propia,<sup>2</sup> y a partir de marzo de 2012, fecha en la que se incorporan las 1.697 modificaciones aprobadas desde septiembre de 2007,<sup>7</sup> la [Real Academia Española](#), añadió a la página electrónica del avance de la vigésima tercera edición de su *Diccionario*, como «artículo enmendado», el término «cociente»,<sup>1</sup> y recogió así el uso que se da en el campo de la [psicología](#) en español<sup>89</sup>, desde al menos 1978.<sup>10</sup>
- Cabe destacar que los dos términos han coexistido, incluso juntos en una misma página, en varias publicaciones especializadas.<sup>111213</sup>
  
- [91.2\)- Historia.](#)

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

---

---

- Desde hace muchos años se ha intentado clasificar a las personas en diversas categorías de [inteligencia](#), a través de la observación del comportamiento en la vida cotidiana de las personas.
- Eso ocurría incluso antes de que se inventaran las pruebas de Cociente Intelectual (CI). Esas otras formas de observación del comportamiento, siguen siendo importantes para validar las clasificaciones basadas principalmente en los resultados de los exámenes de inteligencia.
- El término *cociente intelectual* fue empleado por primera vez por el [psicólogo](#) de la [Universidad de Breslavia](#), [William Stern](#), en 1912.<sup>14</sup>. Su finalidad fue dar nombre a un nuevo método, para puntuar los resultados de los primeros test de inteligencia para niños, desarrollados por [Alfred Binet](#) y [Théodore Simon](#), a principios del [siglo XX](#).
- Los psicólogos franceses [Alfred Binet](#) y [Théodore Simon](#), publicaron, en 1905, la prueba llamada Edad Mental.
- La puntuación en la escala de esta prueba de Binet-Simon, revelaría la edad mental del niño. La medida de la inteligencia consistía en la división de la edad mental, entre la edad cronológica, y se multiplicaba el resultado por 100, dando como resultado el mencionado cociente.<sup>15</sup>.
- El psicólogo estadounidense [Lewis Terman](#), de la [Universidad de Stanford](#), revisó el test de Binet-Simon, y se modificó el nombre por [Escala de Inteligencia Stanford-Binet](#), 1916; que se convirtió en la prueba más popular en los Estados Unidos, durante décadas.
- Aunque aún, se emplea habitualmente el término *CI*, para referirse al resultado de un test de inteligencia, la puntuación de los test empleados hoy día, como la [Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos](#), se basa en la proyección del [rango medido](#) del sujeto, en una [campana de Gauss](#), formada por la distribución de los valores posibles para su grupo de edad, con un valor central : inteligencia media, de 100 y una [desviación estándar](#) de 15.
- En términos generales, los valores mayores de 100, están por encima de la media; mientras que los valores menores de 100, están por debajo de la media; pero la [desviación estándar](#) hace, que las personas con puntuaciones entre 85 y 115, se consideren puntuaciones dentro de los márgenes.
- Por ejemplo, una persona con un CI de 90, está por debajo de la media, pero dentro de la desviación prevista. Además, distintas pruebas pueden tener distintas [desviaciones estándar](#).
- Las puntuaciones medias para muchas poblaciones, han tendido a subir una media de tres puntos por década, desde principios del [siglo XX](#), con la mayoría del incremento acumulado en la mitad inferior de la curva de CI; este fenómeno, se conoce como [efecto Flynn](#).
- Existe controversia sobre si este incremento estable, se produce por un aumento real de las habilidades intelectuales en dichas poblaciones, o si se debe más bien, a problemas metodológicos, con las pruebas pasadas o presentes.

- 91.3)- Factor G.

- Hoy en día, los diferentes tipos de test de inteligencia, se basan en diferentes marcos teóricos y concepciones de la [inteligencia](#). Sin embargo, es común, que estas herramientas de medida, incluyan puntuaciones sobre ámbitos de competencia específicos : [lenguaje](#), [inteligencia espacial](#), etc.; en varios niveles de abstracción, y que ofrezcan también un Factor G, como valor, que resume la inteligencia general del individuo.<sup>16</sup>.
- En 1904, el psicólogo británico [Charles Spearman](#), hizo el primer [análisis factorial](#) de las correlaciones, entre las medidas de la [capacidad cognitiva](#). Spearman observó, que las

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

---

calificaciones de rendimiento de los niños, en las materias aparentemente no relacionadas, estaban positivamente correlacionadas con el resto de las asignaturas.

- A partir de esta observación, destacó que estas correlaciones reflejaban la influencia de una capacidad mental general en otras tareas no relacionadas con la escuela. Así se creó, un modelo explicativo sobre la inteligencia, llamado teoría bifactorial de inteligencia.

- Esta teoría plantea la existencia de un factor general : *Factor g*, de la capacidad cognitiva y unos factores específicos (S), que se entienden como habilidades y aptitudes, que están presentes en ciertos ámbitos de la vida.

- Estos dos componentes, se consideran diferentes pero no independientes, ya que el Factor G, es el más importante, tiene una acción genérica en las capacidades cognitivas individuales. Sin embargo, este punto de vista, no es universalmente aceptado; porque existen otros modelos de inteligencia humana.

- Los modelos de inteligencia de hoy en día , se representan como una jerarquía de tres niveles, donde en la parte inferior, se sitúan las aptitudes primarias : [rendimiento](#); en la parte intermedia, se encuentran las secundarias : [percepción visual](#) y [auditiva](#), velocidad cognitiva, [Inteligencia Cristalizada](#) e [Inteligencia Fluida](#), entre otras; y finalmente, en la cima se encuentra el Factor G, denominado Inteligencia General.

-Actualmente el campo de investigación de [Genética conductual](#), ha establecido que el Factor G, es de carácter hereditario, y dependería fundamentalmente de la carga [genética](#).

. 91.4)- Acuerdos de la Asociación Psicológica Estadounidense Acerca de la Inteligencia.

-En 1994, se publicó una declaración en el [Wall Street Journal](#), con 25 puntos básicos, sobre el estudio científico de la [inteligencia](#), suscrito por más de 50 científicos, de diferentes procedencias.<sup>17</sup> .

- El objetivo de esta publicación, fue contrarrestar los equívocos y mitos difundidos por los medios de comunicación, tras la publicación del libro "[The Bell Curve](#)", acusado de carecer de base científica, en alguna de sus afirmaciones. A continuación, algunos de los acuerdos referentes al cociente intelectual (CI) ,que se propusieron, como puntos sobre los que continuar el debate:

- -La [inteligencia](#):- -No es lo mismo que el conocimiento, sino una capacidad general que permite resolver problemas, razonar, planificar, pensar de modo abstracto, comprender ideas complejas, y aprender de la experiencia.
- - La [inteligencia](#): - Se puede medir a través de los tests, que constituyen un método fiable y preciso de medición.
- - Existen tests de muchos tipos, pero todos miden lo mismo. Algunos son culturalmente mediatizados : requieren de un [aprendizaje](#) o conocimiento previo específico, y otros contemplan conceptos "universales" no mediatizados.
- - La distribución según el rendimiento en los tests, se representa mediante una [distribución estándar](#), en la que la mayor parte de las personas, se encuentran alrededor de los valores centrales (CI=100); pocas se alejan mucho por encima o por debajo, de este valor central.
- -Los tests no presentan sesgos culturales que perjudiquen a determinadas [etnias](#).
- - El nivel intelectual se relaciona con el rendimiento en ámbitos sociales, educativos, u ocupacionales.

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

---

---

- - Un nivel intelectual alto, facilita el desempeño de las actividades cotidianas: aumentando su importancia en tareas complejas, pero no garantiza el éxito o fracaso en la trayectoria vital.
  - - Las diferencias de rendimiento académico, no dependen únicamente del CI, pero la inteligencia suele ser el factor más importante.
  - - La herencia de la inteligencia, oscila entre 0.4 y 0.8 de correlación : escalado de 0 a 1, habiendo una importante influencia del ambiente.
  - - Aún se desconoce cómo manipular la inteligencia de forma permanente.
  - - Las diferencias étnico-raciales ,son significativas en un mismo nivel socio-económico, pero se desconoce la causa.
  - - Se detecta un incremento de los resultados de los test de inteligencia, con el paso de los años, debido a diversos efectos ambientales. A este fenómeno se le denomina [Efecto Flynn](#).
- Es importante considerar la fecha y la geografía, en la que se plantean estas cuestiones :sociedad norteamericana a finales de los años 90, por lo que su generalización ha de hacerse con cautela.
- El informe expuso, además, una serie de interrogantes sin respuesta, que supuso buena parte de la agenda de investigación científica, sobre la inteligencia del siglo XXI.
- Entre estas, encontramos los «mecanismos de influencia de los genes sobre la inteligencia», «la explicación del aumento de la influencia genética con la edad», «cuáles son los factores ambientales más influyentes, el papel que juega la nutrición o la escolarización en el nivel de inteligencia, o por qué hay diferencias en las puntuaciones medianas, entre diferentes grupos sociales».
- 91.5)- Genética y Ambiente.
- 91.5.1)- Heredabilidad de la Inteligencia.
- Entendemos la [heredabilidad](#) del CI, como la proporción de varianza en un rasgo, que es atribuible al genotipo, dentro de una población definida en un ambiente específico.
- La heredabilidad mide cuánto de esa variación está causada por la genética, y los valores que obtenemos, son variables a lo largo de nuestra vida, ya que confluyen directamente con los efectos ambientales.<sup>18</sup>
- La cifra oficial para la heredabilidad del CI, según un informe por parte de la [American Psychological Association](#), es de 0.45 para niños, y se eleva alrededor de 0.75 para adolescentes y adultos.<sup>1920</sup>
- Por lo tanto, la heredabilidad adquiere importancia, a medida que envejecemos, y no al revés, como podríamos pensar si tenemos en cuenta la experiencia y el aprendizaje.
- No obstante, los miembros de una familia, tienen aspectos ambientales en común. Este entorno compartido, representa entre 0.25 y 0.35 de la variación del cociente intelectual en la etapa infantil; posteriormente, al pasar a la adolescencia, este valor tiende a 0.<sup>212223</sup>
- 91.5.2)- El Entorno.
- Según William Dickens y [James R. Flynn](#), los genes en un CI alto, inician un ciclo de retroalimentación del individuo con el entorno, donde los niños con mayores capacidades mentales, buscan entornos más estimulantes, que acaban aumentando su CI. El [efecto Flynn](#) puede explicarse por estos motivos, relacionando el aumento del estímulo ambiental , con la subida en la media general del CI.<sup>2425</sup>

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

---

---

- 91.6)- Pruebas.

- La [psicometría](#) es la disciplina científica, que forma parte de la [metodología de las ciencias del comportamiento](#), y está relacionada directamente con el campo de la [medición psicológica](#).

-Es una ciencia, cuyo objeto es medir los aspectos psicológicos de una persona, como, por ejemplo, los [rasgos de la personalidad](#), las [habilidades](#), las capacidades mentales, el conocimiento general y la [actitud](#).

- Tradicionalmente, las pruebas de medidas de inteligencia, han sido criticadas por estar mediatizadas culturalmente. Es decir, se creía que tenían una importante carga cultural, que requería un aprendizaje previo de los sujetos. En la actualidad, tienden a ser culturalmente imparciales.<sup>26</sup>

- Las primeras pruebas psicométricas se construyeron para medir la [inteligencia](#), mediante procedimientos que evaluaban el cociente intelectual de los individuos, una medida que se suponía aproximada al [constructo](#) de la inteligencia. Generalmente, las medidas se obtienen a través de técnicas estadísticas, basadas en la [correlación](#), como el [análisis factorial](#) o la [regresión lineal](#).<sup>27</sup>

- A nivel práctico, la psicometría hace uso intensivo sobre todo de cálculos y [análisis estadísticos](#), asignando los números, e identificando los [atributos](#) físicos y psicológicos.

- Se consideran las pruebas de dificultad y temática variable, que miden la capacidad de ejecución de una tarea mediante una [puntuación](#). Entre ellas, se encuentran [analogías verbales](#), [rotación](#) u [orientación espacial](#), cálculo numérico, y conocimiento del lenguaje.<sup>28</sup>

-En la actualidad existen diversas pruebas, que permiten obtener una medida de aptitudes de nivel general o global de inteligencia: test de Stanford-Binet; [escalas de Wechsler](#); [escalas de McCarthy](#); [test de Matrices Progresivas de Raven](#); [test de Dominos](#); [K-ABC](#); [DAT-5](#); y [test de Factor G](#).<sup>29</sup>

- 91.7)- Mediciones: Rangos y Puntajes del CI.

- Las puntuaciones de CI, se usan en muchos contextos distintos: predictivos de [rendimiento escolar](#), indicadores de [necesidades especiales](#) educativas, predictivos de rendimiento laboral, o por parte de [sociólogos](#), que estudian la distribución de la inteligencia en poblaciones y las relaciones entre la inteligencia y otras variables.

-Algunos [pedagogos](#) y [psicólogos](#), presentan la siguiente clasificación, para describir diferentes niveles de superdotación intelectual, con el CI, como punto de referencia:<sup>3031</sup>

- 91.7.1)- Capacidad Cognitiva nula CI 0-4.

Menos del 0,000001 % tiene tal CI. La persona con este trastorno no sabe leer, ni hablar, ni comunicarse ni mucho menos escribir. Necesita una ayuda psicológica. La mayoría fueron y son ejemplo de los llamados "[niños salvajes](#)", quienes fueron y son criados al margen de la sociedad en ciertos países.

- 91.7.2)- Discapacidad Cognitiva Profunda CI 5-19.

Incluye aproximadamente al 1-2 % de las personas con discapacidad cognitiva. La mayoría de los individuos con este diagnóstico presentan una enfermedad neurológica identificada que explica su discapacidad cognitiva. Durante los primeros años, desarrollan considerables alteraciones del funcionamiento sensorio motor. Puede predecirse un desarrollo óptimo en un ambiente altamente estructurado con ayudas y supervisión constantes, así como fijando

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

---

---

una relación individualizada con el educador. El desarrollo motor y las habilidades para la comunicación y el cuidado personal pueden mejorar si se les somete a un adiestramiento adecuado. Algunos de ellos llegan a realizar tareas simples en instituciones protegidas y estrechamente supervisados.

- 91.7.3)- Discapacidad Cognitiva Grave CI 20-34.

- Incluye el 3-4 % de los individuos con discapacidad cognitiva. Durante los primeros años de la niñez, la adquisición de un lenguaje comunicativo es escasa o nula.

- Durante la edad escolar, pueden aprender a hablar y pueden aprender habilidades elementales de cuidado personal. Se benefician solo limitadamente de la enseñanza de materias pre académicas, como la familiaridad, con el alfabeto y el cálculo simple; pero pueden dominar ciertas habilidades, como el aprendizaje de la lectura global de algunas palabras imprescindibles para su autonomía e independencia.

- Los adultos pueden ser capaces de realizar tareas simples estrechamente supervisadas en instituciones. En su mayoría se adaptan bien a la vida en la comunidad, a no ser que sufran alguna discapacidad, asociada que requiera cuidados especializados, o cualquier otro tipo de asistencia.

- 91.7.4)- Discapacidad Cognitiva Moderada CI 35-54.

- La discapacidad cognitiva moderada equivale aproximadamente a la categoría pedagógica de «moldeable». Este grupo constituye alrededor del 10 % de toda la población con discapacidad cognitiva. Adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez. Adquieren una formación laboral y, con supervisión moderada, pueden adquirir destrezas para su propio cuidado personal.

- También pueden beneficiarse de corrección en habilidades sociales y laborales, pero es improbable que progresen más allá de un segundo nivel en materias escolares.

- Pueden aprender a trasladarse independientemente por lugares que les son familiares. En su mayoría son capaces de realizar trabajos no cualificados o semicualificados, siempre con supervisión, en talleres protegidos, o en el mercado general de trabajo. Se adaptan bien a la vida en comunidad, usualmente en instituciones con supervisión.

- 91.7.5)- Discapacidad Cognitiva Leve CI 55-69.

- Se denomina así a las personas que transitan la “etapa educable”. Son alrededor del 87 % de las personas afectadas por el trastorno. Suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares (0-5 años de edad).

- Tienen insuficiencias mínimas en las áreas sensorio motoras y con frecuencia no se diferencian de otros niños sin discapacidad cognitiva hasta edades posteriores.

- Adquieren habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima, pero pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia, especialmente en situaciones de estrés social o económico desusado.

- Contando con apoyos adecuados, los sujetos con discapacidad cognitiva leve, viven sin inconvenientes en la comunidad, sea independientemente, sea en establecimientos supervisados.

- 91.7.6)- Inteligencia Límite CI 70-84.

- Una de cada nueve personas ocupa este rango. Opuestamente a la inteligencia brillante, el retraso presenta características propias de él: Estar debajo de la media en adultos también es responsable de que algunos niños fracasen escolarmente. Solo es un retraso ligero, por lo



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

---

---

que no debe ser confundido como asincrónico. Tiene a más de 2/7 de la población mundial en este rango, correspondiéndose opuestamente con la llamada "inteligencia brillante" (IQ = 115-130).

- 91.7.7)- Debajo de la Media CI 85-99.

-Presentan una inteligencia debajo del valor de 100, pero en la mayoría de los casos no es perceptible tal diferencia, sobre todo porque la mayoría de las personas se acercan al valor medio. No presentan problemas durante su infancia, ni dificultades para integrarse en general. Un poco menos del 12 % de la población mundial se sitúa en este estatus.

- 91.7.8)- Media de Cociente Intelectual Establecida CI 100.

-Es un valor no absoluto en la gran escala. No absoluto porque ese mismo valor aumenta 3 puntos por década, para que dé siempre valores de 100. La razón de esto es que el progreso y el desarrollo en el mundo están haciendo que progresivamente muchas sociedades asciendan en la estratificación, salgan del estatus de pobreza, no sufran hambrunas ni desnutrición, enfermedades, entre otras cosas, que hacen que la inteligencia promedio del ser humano aumente paulatinamente, consecuentemente trae el cambio. De todas formas es como el punto intermedio entre el Retraso, el trastorno mental y las clases de superdotación intelectual. Es el punto medio en el que se basa toda la escala. Por ejemplo: Una persona tiene 15 años recién cumplidos y sabe que tiene la misma cantidad de edad mental. El resultado sale solo:  $15/15=1$ . Y ahora hay que multiplicarlo por 100, debido a que es el valor medio del coeficiente.  $1 \times 100 = 100$ . Es decir, que esa persona tiene equilibrio entre su edad biológica y su edad mental. Suelen ausentarse de problemas psicológicos y además no tienen problemas de sueño: Duermen 9 horas diarias. Casi el 3 % de la población tiene 100 de CI, teniendo en cuenta que la escala se extiende desde 0 (IQ nulo) hasta 201 (máximo probable en escala de Stanford-Binet, contando el máximo de rareza de uno en siete mil millones de habitantes).

- 91.7.9)- Encima de la Media CI 101-114.

Es un rango al que no se llega con relativa facilidad (poco más de dos de cada siete personas lo tiene). Corresponde a una persona con una capacidad que no es notablemente más detectable como "más inteligente", pero sí es un valor significativo, sobre todo cuanto más se avanza en la escala.

-91.7.10)- Inteligencia Brillante CI 115-129.

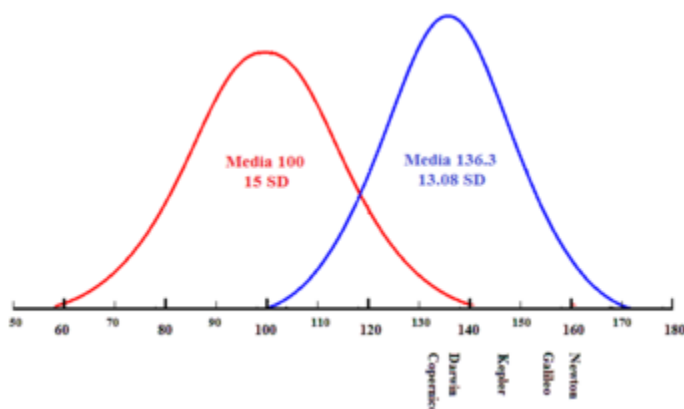
Se corresponde con aproximadamente una de cada nueve personas. Presenta una inteligencia superior a los demás. La mayoría de las profesiones y roles de desempeño como actuarios, [estadísticos](#) y [médicos](#) están en este rango.<sup>32</sup> La media para la mayoría de las personas con licenciaturas de más alto desempeño intelectual en el mundo occidental, como los médicos, ronda alrededor de los 125 puntos de cociente intelectual.<sup>33</sup>

- 91.7.11)- Superdotación Intelectual CI 130-139.

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

---

---



Curva de distribución en la [escala de Wechsler](#) de una población normal con una media de 100 (rojo) en comparación con la curva de distribución de los 301 genios de Catharine Cox de 1926 (azul). Tiene una pertinente corrección hecha tras el [efecto Flynn](#) a la fecha desde la publicación del libro.

Véase también: [Superdotación intelectual](#)

Se denomina [superdotados](#) a aquellos que poseen un cociente intelectual igual o mayor que 130 (generalmente), y se encuentran por encima del 98 % de la población. Es decir, que su resultado se encuentra en la parte derecha más extrema de la curva de resultados (una [campana de Gauss](#)), realizada por el matemático [estadístico Gauss](#). Es la contraparte de la asincronía mental, junto con las discapacidades cognitivas anteriormente mencionadas. Este grupo lo engrosan también gran número de personas con licenciaturas, gobernantes y empresarios. Sin embargo, a este rango empiezan a pertenecer los científicos de élite del mundo occidental, como Estados Unidos. La media que calculó Roe en el año 1952 fue de 152 puntos de CI, pero desde entonces y tras el [efecto Flynn](#), la media actual de los [científicos](#) de élite estadounidense caería dentro de este rango, y ahora es de 136 puntos.<sup>3435</sup> Haciendo una corrección actualizada del efecto Flynn acontecido desde su publicación la media del CI de los [301 genios de la humanidad estimados por Catherine Cox en 1926](#) también caería en este rango tanto en la escala Wechsler (15SD) como Stanford-Binet, quinta revisión (SB5 16SD).

- 91.7.12)- Genialidad Intelectual CI 140-154.

Se denomina [genios](#) a aquellos que poseen un cociente intelectual igual o mayor que 140 (generalmente), y representa el 0,1 % (1 de cada 1000) de la población. Es decir, que su resultado se encuentra en la parte derecha más extrema de la curva de resultados (una [campana de Gauss](#)). Es el límite que distingue al profesionalista común de más alto rango intelectual de la media entre los científicos y los genios socialmente incomprensidos. Simonton y [David Wechsler](#) apuntan que alrededor de los 145 puntos de CI empieza a emerger una forma radical de pensar con respecto a los demás grupos, a la par que se incrementan otro tipo de problemas psicológicos derivados.<sup>36</sup>

- 91.7.13)- Altas Capacidades Intelectuales CI 155-174.

:- [Altas capacidades intelectuales](#)

- Tiene una rareza en la [escala de inteligencia Stanford-Binet](#), cuarta revisión, (SB4 16SD) de uno de cada tres mil quinientas personas.<sup>37</sup>

- Este grupo se caracteriza por una forma radicalmente distinta de pensar, y suelen padecer



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

---

---

problemas como el síndrome de bajo rendimiento académico o laboral, el [síndrome de disincronía](#), así como problemas emocionales o [trastornos de personalidad](#).

- Sin embargo, esto es probable que sea el efecto y no la causa, pues debido a su rareza y lejanía con respecto a la media es difícil que la mayoría comprenda su forma de pensar.<sup>36</sup> - Para Simonton, tal fenómeno se debe a que cuando hay una diferencia de 20 puntos de CI entre el emisor y el receptor, no habrá un entendimiento pleno.<sup>36</sup> .

- 91.7.14)- Inteligencia Excepcional CI 175-184.

- A tal inteligencia, solo llega una de cada 700 mil personas en todo el mundo (SB4 16SD).<sup>37</sup>

- Por tal razón, es posible que hasta la persona pueda empezar a leer por debajo de los tres años. Generalmente, puede aprender idiomas con relativa facilidad, y tiene un gran dominio del lenguaje propio.

- Es un don poseer tamaño intelecto. Las personas sienten grandes emociones, y son muy sentimentales a la hora de enfrentarse a ciertas situaciones. Llegan a un rendimiento escolar de alrededor de 96/100, y en la etapa educable su inteligencia, es muy destacable como "honorífica".

- 91.7.15)- Inteligencia Profunda CI 185-201.

- Aproximadamente, una persona de cada 18 millones, es capaz de llegar a tan alta puntuación (SB4 16SD).<sup>37n.1</sup> .

- Es una inteligencia muy superior, pero así también es difícil llegar a este rango: aproximadamente, 0,000005 % de personas de todo el mundo tienen tal cociente.<sup>37</sup>

- 91.7.16)- Inteligencia Ma 201.

- Cifras mayores a este número son improbables o posiblemente un [bulo](#) : falsedad articulada deliberada, pues la rareza para 201 en la [escala Stanford-Binet](#) (SB4 16SD) o 195 en [escala Wechsler](#) (15SD), es de una en ocho mil millones de personas, y la humanidad apenas supera los siete mil millones de personas.<sup>373839n. 2n. 3</sup> .

- 91.8)- Impacto Social.

- 91.8.1)- Rendimiento Académico y CI.

A lo largo del periodo académico, desde la primaria hasta los cursos de postgrado, existe una relación entre el rendimiento de los alumnos y sus puntuaciones en los test de CI. Se observa que esta relación disminuye en intensidad a lo largo del tiempo: • 6-12 años (primaria): la correlación es de 0.7 • 12-18 años (secundaria): la correlación pasa a ser 0.5 • 18- 22 años (universidad): se observa un descenso a 0.4 • Más de 22 años (postgrado): la correlación disminuye hasta 0.3.<sup>40</sup>

- 91.8.2)- Rendimiento Laboral y CI.

La validez del CI como predictivo del desempeño laboral es superior a cero para todos los trabajos estudiados hasta la fecha, pero varía con el tipo de trabajo (de un 0.2 a un 0.6). El CI está más relacionado con el razonamiento y menos con la función motora; los puntos en pruebas de CI predicen las calificaciones de desempeño en todas las ocupaciones. Para las actividades altamente calificadas, las puntuaciones de CI más bajas son más propensas a encontrar obstáculos laborales, pero no ocurre así en actividades mínimamente calificadas donde tendría más peso el rendimiento motor (fuerza, resistencia, coordinación...).<sup>414243</sup>

- 91.8.3)- Criminalidad y CI.

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

---

- [Arthur Jensen](#), en su libro "[The g Factor: The Science of Mental Ability](#)", 1998, cita datos que muestran que, independientemente de clase social, la raza o las disfunciones familiares, las personas con CI, entre 70 y 90, tienen índices de [criminalidad](#), más altos que las personas con cociente de inteligencia por debajo o por encima de este rango.

- Además se explica que el fracaso escolar manifiesta una alta correlación con la conducta delictiva, siendo uno de sus mejores predictores.<sup>44</sup>

-El informe de 1995, de la *Asociación Estadounidense de Psicología* (APA), conocido como "Intelligence: Knowns and Unknowns", indicó que la correlación entre CI y la delincuencia es de -0.20. Eso significa que la [varianza](#) explicada es menor al 4 %, y los vínculos causales pueden ser indirectos.<sup>45</sup>

- 91.9)- El efecto Flynn.

-.: [Efecto Flynn](#).

-Lleva el nombre de James R. Flynn, un [neozelandés](#) especializado en [ciencia política](#), quien descubrió que en todo el mundo, las puntuaciones de CI, subían pausadamente a razón de tres puntos de CI por década : Flynn, 1999.

- Las explicaciones que se han propuesto, han incluido la mejor [nutrición](#), una tendencia hacia familias más pequeñas, la mejor [educación](#), una mayor complejidad en el ambiente, y la [heterosis](#) , Mingroni, 2004.

- Sin embargo, los test se renormalizan ocasionalmente, para obtener valores medios de 100 en la puntuación, como, por ejemplo, en [WISC-R](#) (1974), [WISC-III](#) (1991) y [WISC-IV](#) (2003).

- Por lo tanto, es difícil comparar puntuaciones de CI, cuya medición dista varios años en el tiempo.

-Hay una evidencia reciente, que demuestra que la tendencia al alza de las puntuaciones en test de inteligencia, ha remitido en algunos países del [primer mundo](#).

- En 2004, Jon Martin Sundet , de la [Universidad de Oslo](#), y algunos colaboradores publicaron, un artículo documentando puntuaciones en test de inteligencia, administrados a reclutas noruegos entre la década de 1950 y 2002, mostrando que el incremento en las puntuaciones en test de inteligencia general, se detuvo después de mediados de la década de 1990, y que incluso disminuyó en el subtest de razonamiento numérico.

-Thomas W. Teasdale , de la [Universidad de Copenhague](#); y David R. Owen ,del [Brooklyn College](#) de la ciudad de [Nueva York](#), descubrieron resultados similares en [Dinamarca](#), donde los resultados de los test de inteligencia, mostraron que no hubo aumento durante la [década de los noventa](#).

- También hay indicaciones provenientes del [Reino Unido](#), de que las puntuaciones en los test de inteligencia, no están siempre subiendo. Michael Shayer , un psicólogo del King's College, de la [Universidad de Londres](#); y dos colaboradores, informaron que el rendimiento en los test de razonamiento de Física, que se administraron a adolescentes británicos de las escuelas secundarias, disminuyó considerablemente, entre 1976 y 2003.

- 91.10)- Edad y CI.

- El CI puede cambiar a lo largo de nuestra vida, sobre todo en la etapa infantil. A pesar de estas variaciones, la puntuación sigue unos márgenes muy similares hasta la entrada de la edad adulta, donde comenzaría a disminuir lentamente.

-Este hecho se ha atribuido posteriormente por diversos investigadores, en mayor medida al [efecto Flynn](#), y sus consecuencias colaterales, que no al envejecimiento del propio individuo.<sup>46</sup>

-En términos de inteligencia y variabilidad, siguiendo el modelo propuesto por [Raymond](#)

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

---

---

[Cattell](#), podemos distinguir dos tipos: en la que la inteligencia fluida sería la que varía más a lo largo del tiempo, y la cristalizada que permanece estable a lo largo de nuestra vida.

- Para estudiar empíricamente los cambios de la inteligencia asociados a la edad, existen dos diseños de estudios fundamentales: el transversal, que consiste en la evaluación de grupos de distintas edades en un mismo momento temporal; y el longitudinal, que consiste en evaluar un grupo de personas de la misma edad, en distintos momentos de su vida.

- Además de estos dos tipos, encontramos un tercer modelo de estudio, que combina los dos anteriores, llamado "*Time-lag o secuencial-transversal*", que consiste en evaluar distintos grupos de personas por edades, en distintos momentos temporales (Ej.: personas de 20, 30, y 40 años en los años 1950, 1960, y 1970)<sup>4047</sup>

- 91.11)- Polémica.

- Investigadores de la Universidad Western de Canadá y el Museo de Ciencia de Londres, llevaron a cabo «el mayor estudio para medir la inteligencia» realizado hasta el momento, llegando a la conclusión de que la prueba del cociente de inteligencia, resulta altamente engañosa. El objetivo del estudio era investigar si una sola cifra, puede realmente medir las capacidades cognitivas, y reflejar si esta puede establecer las diferencias en las distintas habilidades cognitivas. Según estos investigadores, mediante pruebas de [escáner cerebral](#), se pueden constatar tres componentes cognitivos fundamentales : memoria a corto plazo; razonamiento; y habilidad verbal, que corresponden a tres patrones distintos de actividad neural.<sup>48</sup> .

-Los resultados del estudio, sugieren que las pruebas de CI, tienen «fallos fundamentales» porque no toman en cuenta «la compleja naturaleza del intelecto humano, con todos sus distintos componentes».

- La inteligencia se compone de circuitos diferentes, y unas personas pueden destacar en un área de inteligencia, y no en otra. Sería el caso, por ejemplo, de personas con habilidades lingüísticas fantásticas, y una memoria brillante, pero con poca capacidad de razonamiento o viceversa.

- Los investigadores concluyen: «Nuestros resultados desmienten de una vez por todas, la idea de que una sola medida de inteligencia, como es el cociente intelectual, es suficiente para concentrar todas las diferencias en la capacidad cognitiva, que vemos entre las personas; el cerebro humano es el objeto más complejo que se conoce, por ahora, y la idea de que solo existe una medida de la inteligencia, podría estar equivocada».<sup>48494</sup> .

-Es importante aclarar, que el cociente intelectual, no se puede utilizar como sinónimo de inteligencia, pues es solamente un estimador de la misma. Sin embargo, en la mayoría de lecturas no profesionales, se comete el error de tomarlo como si fuera lo mismo. Por eso, se aconseja al lector, que cada vez que lea o escuche algo sobre el CI, se asegure de si se está hablando de este estimador de inteligencia, o de la misma inteligencia.

-Se ha demostrado que la inteligencia está relacionada con factores como la probabilidad de sufrir ciertas enfermedades,<sup>50</sup> el [estatus social](#) de los padres : por el acceso a una mejor educación, alimentación y salud<sup>51</sup>; y de forma sustancial, la inteligencia de los padres.

- Aunque los mecanismos de herencia de la inteligencia, han sido investigados durante casi un siglo, aún existe controversia al respecto, de hasta qué punto la inteligencia es hereditaria, y [los mecanismos de dicha herencia son aún tema de debate](#).<sup>52</sup> .

- 91.12)- Notas.

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

---

1. [↑](#) En la escala de Stanford-Binet (16SD) la rareza para 185 puntos de CI es de una persona en una población de 18 496 011 con una media de 100:
2. [↑](#) En la escala de Stanford-Binet (16SD) con una media de 100, contando que para [2015](#) existían 7 376 471 981 humanos y donde  $\text{erfc}^{-1}$  es la [función error](#) inversa complementaria tenemos que el cociente intelectual máximo posible es 201 bajo la siguiente fórmula:
3. [↑](#) En la escala de Wechsler (15SD) con una media de 100, contando que para [2015](#) existían 7 376 471 981 humanos y donde  $\text{erfc}^{-1}$  es la [función error](#) inversa complementaria tenemos que el cociente intelectual máximo posible es 194 bajo la siguiente fórmula:

- 91.13)- Véase También.

- [IQ and the Wealth of Nations](#);
- [Asociaciones de superdotados](#);
- [Cociente intelectual de 301 genios](#);
- [Distribución normal](#);
- [Retraso mental](#);
- [Superdotación](#);
- [Teoría de las inteligencias múltiples](#);

- 91.14)- Referencias.

1. [↑](#) [Saltar a:](#) <sup>a</sup> <sup>b</sup> «cociente» [Diccionario de la lengua española](#) (avance de la vigésima tercera edición).
2. [↑](#) [Saltar a:](#) <sup>a</sup> <sup>b</sup> «coeficiente» [Diccionario de la lengua española](#) 22.ª edición.
3. [↑](#) [Real Academia Española](#) y [Asociación de Academias de la Lengua Española](#) (2005). «cociente» (apartado 2). [Diccionario panhispánico de dudas](#) (1.ª edición).
4. [↑](#) [Saltar a:](#) <sup>a</sup> <sup>b</sup> Adam Hampshire *et al.* (2012). «Fractionating Human Intelligence». *Neuron* 76 (6): 1225-1237. [doi:10.1016/j.neuron.2012.06.022](#).
5. [↑](#) Sternberg, Robert J.; Grigorenko, Elena L.; Bundy, Donald A. (2001). «[The predictive value of IQ](#)». *Merrill-Palmer Quarterly* 47.1.
6. [↑](#) Taleb, Nassim Nicholas (23 de agosto de 2019). «[IQ is largely a pseudoscientific swindle](#)». *Medium* (en inglés)..
7. [↑](#) [Cifras de actualización](#) [Diccionario de la lengua española](#)..
8. [↑](#) [Biblioteca de Psicología : La inteligencia humana en la Psicología actual](#) [Universidad Autónoma de Madrid](#).
9. [↑](#) «[Resultados mínimos para ingresar en Mensa](#)» [Mensa](#). .
10. [↑](#) [Gonzálvo Mainar, Gonzalo](#). [Diccionario de metodología estadística](#), [pág. 19](#). Ediciones Morata, 1978
  - [Archivado](#) el 6 de junio de 2014 en la [Wayback Machine](#). En Google Books.
11. En Google Books.

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

---

12. [↑ Guadalupe de la Mora Ledesma, José. \*Psicología educativa\*, pág. 141. Editorial Progreso, 1990](#) En Google Books.
13. [↑ Aragón, Laura Edna; Silva, Arturo. \*Evaluación psicológica en el área educativa\*, pág. 139. Editorial Pax México, Jun 30, 2008](#) En Google Books.
14. [↑](#) Indiana University (2007). Indiana University, ed. «[William Stern](#)» (en inglés).
15. [↑ Kaufman, A. S. \(2009\). \*IQ Testing 101\*. New York: Springer Publishing. ISBN 978-0-8261-0629-2. Lay summary \(10 de agosto del 2010\).](#)
16. [↑](#) Gallado-Pujol, David; Pueyo, Antonio Andrés. *Psicología de les Diferències Individuals*. Edicions Llibrería Universitària de Barcelona, S. L. ISBN 978 84 15372 431.
17. [↑](#) Neisser, Ulric; Boodoo, Gwyneth; Bouchard, Thomas J.; Halpern, Diane F.; Sternberg, Robert J. «[Intelligence: Knowns and unknowns](#)» (PDF). *American Psychologist* (51): 77-101.
18. [↑](#) *International Journal of Epidemiology*, Volume 35, Issue 3, June 2006. See reprint of Leowontin's 1974 article "The analysis of variance and the analysis of causes" and 2006 commentaries: <http://ije.oxfordjournals.org/content/35/3.toc>
19. [↑](#) Aguiar, Sebastian (31 October 2014). "Intelligence: The History of Psychometrics". <http://ieet.org>. Institute for Ethics and Emerging Technologies. Retrieved 9 November 2015. External link in |website= (help)
20. [↑](#) Neisser, Ulric; Boodoo, Gwyneth; Bouchard, Thomas J. Jr.; Boykin, A. Wade; Brody, Nathan; Ceci, Stephen J.; Halpern, Diane F.; Loehlin, John C.; et al. (1996). "Intelligence: Knowns and unknowns". *American Psychologist*. 51 (2): 77-101. doi:10.1037/0003-066X.51.2.77.
21. [↑](#) Neisser, Ulrich; Boodoo, Gwyneth; Bouchard, Thomas J.; Boykin, A. Wade; Brody, Nathan; Ceci, Stephen J.; Halpern, Diane F.; Loehlin, John C.; Perloff, Robert; Sternberg, Robert J.; Urbina, Susana (1996). "Intelligence: Knowns and unknowns" (PDF). *American Psychologist*. 51: 77-101. doi:10.1037/0003-066x.51.2.77. ISSN 0003-066X
22. [↑](#) Bouchard Jr, T. J. (1998). "Genetic and environmental influences on adult intelligence and special mental abilities." *Human biology; an international record of research*. 70 (2): 257–79. PMID 9549239.
23. [↑](#) Plomin, R., Asbury, K., Dunn, J. (2001). «Why are children in the same family so different? Nonshared environment a decade later.» *Canadian Journal of Psychiatry*. 46 (3): 225-33. PMID 11320676
24. [↑](#) Dickens, William T.; Flynn, James R. (2001). «Heritability estimates versus large environmental effects: The IQ paradox resolved.» *Psychological Review*. 108 (2): 346-69. doi:10.1037/0033-295X.108.2.346. PMID 11381833.
25. [↑](#) Dickens, William T.; Flynn, James R. (2002). "The IQ Paradox: Still Resolved" (PDF). *Psychological Review*. 109 (4): 764-771. doi:10.1037/0033-295x.109.4.764. Archived from the original (PDF) on 2007-03-19.
26. [↑](#) «The myth of intelligence.» *The Psychological Record*, vol. 53, 2003.

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

---

27. [↑ Gallado-Pujol, D. y Pueyo, A. A.](#) *Psicología de les Diferències Individuals*. Edicions Llibreria Universitària de Barcelona, S. L. [ISBN 978 84 15372 431](#)
28. [↑ Eysenck, H.](#) (1983). «3». *Estructura y medición de la inteligencia*. Barcelona: Editorial Herder, pp. 93-98. [ISBN 84-254-1251-X](#)
29. [↑ Gallado-Pujol, David; Pueyo, Antonio Andrés.](#) *Psicología de les Diferències Individuals*. Edicions Llibreria Universitària de Barcelona, S. L. [ISBN 978 84 15372 431](#).
30. [↑ Gross, Miraca](#) (2004). *Exceptionally gifted children*. Nueva York: Routledge. [ISBN 0-415-31491-7](#). Consultado el 2 de junio de 2010.
31. [↑ Robson, Debora; Brenneman, Judy F., Kay, Kiesa](#) (2007). *High IQ Kids: Collected Insights, Information, and Personal Stories from the Experts*. Free Spirit Publishing. [ISBN 1-57542-261-1](#). Consultado el 2 de junio de 2010.
32. [↑ Gibson](#), (1967) «Light Intelligence Among University Students.» *Nature* 213: 441-443.
33. [↑ atarazzo, J. D. M & S. G. Goldstein](#) (1972) «The intellectual caliber of medical students.» *Journal of Medical Education*, Volume 47, Issue 2, 1972, pp. 102-111.
34. [↑ Roe](#) (1952): *Study of the Most Eminent US-Born Scientists*.
35. [↑ «Corrección de Flynn para Roe.»](#).
36. [↑ Saltar a:](#) <sup>a</sup> <sup>b</sup> <sup>c</sup> Simonton, D. K. (1985): «Intelligence and personal influence in groups: Four nonlinear models.» *Psychological Review*, 92, 532-547.
37. [↑ Saltar a:](#) <sup>a</sup> <sup>b</sup> <sup>c</sup> <sup>d</sup> <sup>e</sup> Rodrigo de la Jara [IQ Percentile and Rarity Chart](#).
38. [↑ Paul Cozijmans.](#) [«The Grail Society»](#). *gigasociety.com*. .
39. [↑ «Beware of megalomaniacs»](#). *paulcozijmans.com*.
40. [↑ Saltar a:](#) <sup>a</sup> <sup>b</sup> Gallado-Pujol, David; Pueyo, Antonio Andrés. *Psicología de les Diferències Individuals*. Edicions Llibreria Universitària de Barcelona, S. L.
41. [↑ Schmidt, Frank L.; Hunter, John E.](#) (1998). "The validity and utility of selection methods in personnel psychology: Practical and theoretical implications of 85 years of research findings". *Psychological Bulletin*. 124 (2): 262-74. doi:10.1037/0033-2909.124.2.262.
42. [↑ Hunter, John E.; Hunter, Ronda F.](#) (1984). "Validity and utility of alternative predictors of job performance". *Psychological Bulletin*. 96 (1): 72-98. doi:10.1037/0033-2909.96.1.72.
43. [↑ Warner, Molly; Ernst, John; Townes, Brenda; Peel, John; Preston, Michael](#) (1987). "Relationships Between IQ and Neuropsychological Measures in Neuropsychiatric Populations: Within-Laboratory and Cross-Cultural Replications Using WAIS and WAIS-R". *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 9 (5): 545-62. doi:10.1080/01688638708410768. [PMID 3667899](#).
44. [↑ Jensen, A. R.](#) (1999). *The g Factor: the Science of Mental Ability*. Precipos of Jensen on Intelligence-g-Factor.




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

---



45. [↑](#) «Intelligence: Knowns and unknowns.» (PDF). *American Psychologist*. 51: 77-101. doi:10.1037/0003-066x.51.2.77. ISSN 0003-066X. Consultado el 10 mayo de 2017.
46. [↑](#) Kaufman, Alan S. (2009). *IQ Testing 101*. New York: Springer Publishing. pp. 220-222. ISBN 978-0-8261-0629-2. Lay summary (10 August 2010).
47. [↑](#) Kaufman, Alan S. (2009). *IQ Testing 101*. New York: Springer Publishing. Chapter 8. ISBN 978-0-8261-0629-2. Lay summary (10 August 2010).
48. [↑](#) Saltar a: <sup>a</sup> <sup>b</sup> «¿Son útiles las pruebas de inteligencia?». BBC Mundo.
49. [↑](#) «El cociente intelectual es insuficiente para medir la inteligencia humana». [↑](#) Cervilla et al. (2004). *Psychiatry* 2004;75:1100-1106., ed. «Premorbid cognitive testing predicts the onset of dementia and Alzheimer's disease better than and independently of APOE genotype» (en inglés). Consultado el 27 de julio de 2009.
50. [↑](#) «Intelligence: Knowns and Unknowns (Report of a Task Force established by the Board of Scientific Affairs of the American Psychological Association)» (en inglés). 7 de agosto de 1995.
51. [↑](#) Devlin, B., Daniels, M., Roeder, K. (1997). «The heritability of IQ». *Nature* 388 (6641 páginas=468-71). PMID 9242404. doi:10.1038/41319. El mismo estudio sugiere que el componente hereditario del CI se vuelve más significativo con la edad.

- 91.15)- Bibliografía.

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

- 91.16)- Enlaces Externos.


[Control de autoridades](#)

- Proyectos Wikimedia
-  Datos: [Q170277](#)
-  Multimedia: [Intelligence quotient](#)
- Identificadores
- [GND: 4161955-9](#)
- [LCCN: sh00006347](#)
- Diccionarios y enciclopedias
- [Britannica: url](#)

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

---

---

-  Datos:[Q170277](#)
-  Multimedia:[Intelligence quotient](#)

``

Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Cociente\\_intelectual&oldid=118871825](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Cociente_intelectual&oldid=118871825)»

**Categorías:**

- [Educación especial](#);
- [Inteligencia](#);
- [Psiquiatría](#);
- [Psicología](#);
- [Psicometría](#);

**[Editar enlaces](#)**

- Esta página se editó por última vez el 15 octubre 2019 a las 10:22.

0 0 0 0 0 0 0 .



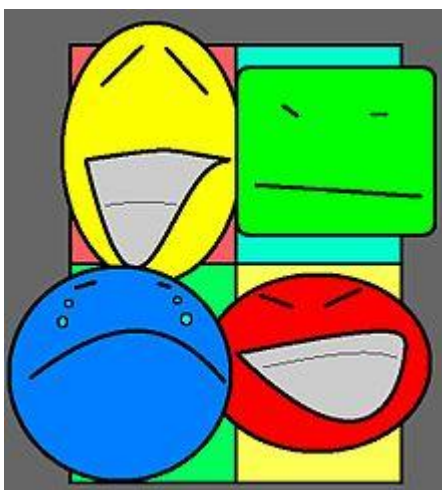
**- LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA:  
ASPECTOS MÈDICOS Y PSICOLÒGICOS. -  
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON Y PSI. LIC. CARLA  
FERNANDEZ.- 9 TOMOS- AÑO 2019.11- TOMO VIII -**

---

---

- CAPÍTULO XCII: - 92)- ESTADO DE ÁNIMO.-

-De Wikipedia, la enciclopedia libre



-Estados de ánimo

-El estado de ánimo es una [actitud](#) o disposición en la vida [emocional](#). No es una [situación emocional](#) transitoria. Es un estado, una forma de permanecer, de estar, cuya duración es prolongada y destiñe sobre el resto del mundo psíquico.

-Se diferencia de las [emociones](#) en que es menos específico, menos intenso, más duradero y menos dado a ser activado por un determinado estímulo o evento.<sup>123</sup>

-Los estados de ánimo suelen tener una determinada [valencia](#) o lo que es lo mismo, se suele hablar de *buen* y de *mal* estado de ánimo; *activado* o *deprimido*.

- A diferencia de las emociones, como el [miedo](#) o la [sorpresa](#), un estado de ánimo puede durar horas o días. Cuando esta valencia se mantiene habitualmente o es la que predomina a lo largo del tiempo, se habla entonces de humor dominante o estado fundamental de ánimo.

- El estado de ánimo sufre oscilaciones a lo largo del tiempo. Cuando sucede dentro de unos límites que no generan dificultades a la persona, se denomina [eutimia](#).

- Cuando es anormalmente bajo se llama [depresión](#). Cuando es anormalmente alto se llama [hipomanía](#) o [manía](#).

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

---

---

- La alternancia de fases de depresión con fases de manía, se llama [trastorno afectivo bipolar](#).
- También se diferencian del [temperamento](#) y de la [personalidad](#), los cuales generalmente no suelen tener una componente temporal, sino que son actitudes permanentes en el tiempo.
- No obstante, determinados tipos de personalidades, como el [optimismo](#) o la [neurosis](#), pueden predisponer al sujeto a determinados estados de ánimo.
- Ciertas alteraciones del estado de ánimo, como la [depresión](#) o el [trastorno bipolar](#), forman una clase de [patologías](#), denominadas [trastornos del estado de ánimo](#).
- Según psicólogos como [Robert Thayer](#), el estado de ánimo es una relación entre dos variables: energía y tensión.<sup>4</sup>
- Según esta teoría, el estado de ánimo diverge entre un estado energético : de más cansado, a más activo; y un estado referido al grado de [nerviosismo](#) : entre más calmado o más tenso; y se considera que el "mejor": es un estado calmado-energético; y el "peor": un estado tenso-cansado. Thayer también defiende una conexión especial entre la [alimentación](#) y el [ejercicio físico](#), en el estado de ánimo.<sup>5</sup>
- Un reciente [metaanálisis](#): llegó a la conclusión de que, contrariamente al estereotipo del artista sufridor, la felicidad es uno de los factores que propician la [creatividad](#), mientras que un bajo estado de ánimo, propiciaría menores niveles de ésta.<sup>6</sup>
- Los estados de ánimo pueden ser provocados de manera experimental, el procedimiento más común es la inducción a un estado de ánimo determinado, y posteriormente la evaluación de su influencia, sobre la ejecución de una tarea cognitiva.
- De acuerdo a Forgas , en 1999, una de las relaciones que más interés ha despertado, es sobre el proceso de la memoria. Parece constatado, que la información cargada emocionalmente, es recordada mejor, que la información neutra.<sup>7</sup>

-ÍNDICE.-

- CAPÍTULO XCII: - 92)- ESTADO DE ÁNIMO.-

- 92.1)- [Robert E. Thayer](#).

- 92.2)- Otras Opiniones.

- 92.3)- [Véase también](#).

-92.4)- Bibliografía

-92. 5)- [Referencias](#).

- 92.6)[Enlaces externos](#) .

- 92.1)- Robert E. Thayer.

- Robert E. Thayer define un estado de ánimo como un *sentimiento de fondo, que persiste en el tiempo*. Sus investigaciones afirman que los estados de ánimo surgen de la energía y la tensión, y que éstos pueden entenderse a partir de cuatro estados básicos, que dependen del espectro energía-tensión:

1. - Calma-energía: - Es el estado donde el sujeto se siente a gusto, en confianza y optimista. Es el estado ideal para realizar actividades como el trabajo y estudio, puesto que se presenta con alta energía y tensión baja. Regularmente suele presentarse en las mañanas.
2. - Calma-cansancio: - Es la sensación previa al sueño, en el que el sujeto alcanza un punto, donde no hay energía ni tensión.
3. - Tensión-energía: - Es la sensación que experimenta el sujeto, cuando se le ha acabado el tiempo para cumplir alguna actividad, sea entregar un trabajo, pagar un

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

---

servicio, atender una cita, etc. La sensación de urgencia genera una frecuencia cardíaca elevada, porque el cuerpo está liberando adrenalina, lo que ocasiona que se presenten altos niveles de energía y tensión.

4. - Tensión-cansancio: - Es el estado que se origina cuando existe agotamiento. En este punto existen pensamientos negativos, debido a que existe cansancio físico, acompañado de ansiedad nerviosa. Es un estado de baja energía y alta tensión, que comúnmente acontece durante las tardes.

- Las fluctuaciones del humor, son eminentemente moduladas por la satisfacción o la insatisfacción de diversas necesidades instintivas : el hambre, la sed, el sueño, la sexualidad; relacionales : vida conyugal, familiar, profesional; o culturales : ocio, vacaciones.

- Las variaciones patológicas del humor, pueden hacerse en el sentido negativo : la depresión; positivo : un carácter muy expansivo; o inscribirse en el sentido de una indiferencia:

- - Humor depresivo o [distimia](#): - Los afectos depresivos expresan matices desde la morosidad, la languidez, la nostalgia, la [ideación suicida](#), o el desaliento hasta la depresión más auténtica y más profunda, estado de tristeza patológico y de dolor moral. Esta disforia, se acompaña de un sentimiento de desvalorización de sí mismo, [pesimismo](#), cansancio, e inhibición.
- - Humor expansivo o [hipertimia](#): - Expresa matices desde la satisfacción, el bienestar, la felicidad o la euforia hasta el éxtasis. Esos estados de exaltaciones tímicas son de grados muy diversos, desde la hipomanía habitual de algunos sujetos hiperactivos, hasta la gran excitación tímica, ideática y motora de la manía aguda.
  - Algunas intoxicaciones : alcohol, éter, anfetaminas, pueden dar lugar a exaltaciones tímicas pasajeras.
- Humor neutro o [eutimia](#):- Algunos estados afectivos se caracterizan a la inversa de los precedentes, por una frialdad, neutralidad o atonía, por el carácter indiferenciado del humor, el cual parece inaccesible a los estímulos habituales.
  - Un humor totalmente neutro, supondría una indiferencia total, y no se observa en condiciones psicológicas normales; por ello, el término "eutimia": designa habitualmente estados de ánimo normales y excepcionalmente estados de ánimo neutros, por ser más infrecuentes, como en personas con [esquizofrenia](#), donde se observan casos de embotamiento tímico : aplanamiento afectivo, e indiferencia aparente, alternando a veces con unos accesos depresivos o [eufóricos](#).

- 92.2)- Otras opiniones.

- Sin embargo, la teoría de Thayer conduce a pensar que el estado de ánimo se trata únicamente de una condición reactiva, ante estímulos externos; y desestima los elementos psíquicos internos propios de la persona, reduciéndola así a una mera relación causa-efecto, en la que el estado de ánimo, es el resultado : efecto, de una causa o número de causas de origen exógeno.

- Otras escuelas, como el [psicoanálisis](#), ven en el estado de ánimo, una expresión o una suerte de síntoma dependiente de procesos [inconscientes](#), infinitamente más complejos y subjetivos, en tanto que se ligan a la propia historia del sujeto, y cuya expresión se hace presente, no solo a través de la conducta, sino también a través de posibles somatizaciones

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


---

o manifestaciones físicas, capaces de presentarse en la forma de padecimientos, como: la dermatitis, el dolor de cabeza, o el estreñimiento, entre otros.<sup>8</sup>.

- 92.3)- Véase También.

- [Manía](#);
- [Hipomanía](#);
- [Hipertimia](#);
- [Distimia](#);
- [Depresión](#);

-92.4)- Bibliografía.

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



- 92.5)- Referencias.

1. [↑](#) Thayer, Robert E. (1989). *The Biopsychology of Mood and Arousal*. Oxford University Press]].
2. [↑](#) «[Diccionario de la lengua española](#)». Real Academia Española. 25 de febrero de 2015. .
3. [↑](#) «[Diccionario del español de México](#)». El Colegio de México. 25 de febrero de 2015.
4. [↑](#) Thayer, Robert E. (1996). *The Origin of Everyday Moods: Managing Energy, Tension and Stress*. New York, NY: Oxford University Press.
5. [↑](#) Thayer, Robert E. (2001). *Calm Energy*. New York, NY: Oxford University Press.
6. [↑](#) Baas, M., De Dreu, C., & Nijstad, B. (2008). A meta-analysis of 25 years of mood-creativity research: Hedonic tone, activation, or regulatory focus? *Psychological Bulletin*, 134, 779-806.
7. [↑](#) «[El efecto de memoria congruente con el estado afectivo: reconocimiento diferencial de palabras de tristeza y alegría](#)». *scholar.google.com.mx*[https://es.wikipedia.org/wiki/Estado\\_de\\_%C3%A1nimo?veaction=edit](https://es.wikipedia.org/wiki/Estado_de_%C3%A1nimo?veaction=edit).
8. [↑](#) Ríos Ibarra, Cecilia. (2008). Clínica psicosomática: falta de sí *Espectros del Psicoanálisis*, 8, 110-127.

- 92.6)- Enlaces Externos.

-  [Wikiquote](#) alberga frases célebres de o sobre [Estado de ánimo](#).

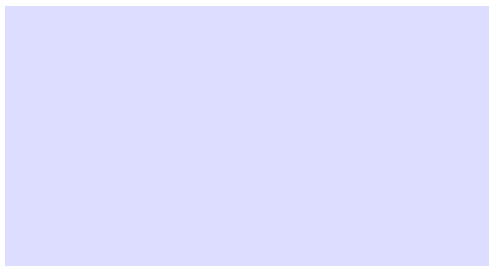
[Control de autoridades](#)

- **Proyectos Wikimedia**
-  Datos: [Q331769](#)
-  Citas célebres: [Ánimo](#)



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

---

---



- Identificadores
- [GND: 4140941-3](#)
- Diccionarios y enciclopedias
- [Britannica: url](#)

-  Datos: [Q331769](#)
-  Citas célebres: [Ánimo](#)

``

-Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Estado de ánimo&oldid=119120699](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Estado_de_ánimo&oldid=119120699)»

-Categorías:

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

- Editar enlaces

- Esta página se editó por última vez el 15 octubre 2019 a las 10:57.

**0 0 0 0 0 0 0 0.**

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

---

---

- CAPÌTULO XCIII: -93)- TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO.  
-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO:	
	
Trastornos del estado de ánimo	
Clasificación y recursos externos	
<a href="#">Especialidad</a>	<a href="#">Psiquiatría</a> y <a href="#">psicología clínica</a>
<a href="#">CIE-10</a>	<a href="#">F30-F39</a>
<a href="#">CIE-9</a>	<a href="#">296</a>
<a href="#">CIAP-2</a>	<a href="#">P73, P76</a>

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

---

---

[MeSH](#)

[D019964](#)

- Los trastornos del estado de ánimo son un conjunto de trastornos definidos en el [manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales](#) (DSM IV TR, cuya principal característica subyacente, sería una alteración del [estado de ánimo](#) del individuo.<sup>1</sup> La [CIE 10](#) clasifica estos trastornos bajo el apartado denominado «Trastornos del humor (afectivos)».

Suelen diferenciarse dos grupos de trastornos del estado de ánimo, en función de si incluyen o no, la presencia de episodios de [manía](#) o [hipomanía](#): los [trastornos depresivos](#) y los [trastornos bipolares](#).

- De los trastornos depresivos, el más conocido es el [trastorno depresivo mayor](#), habitualmente conocido como «depresión clínica» o «depresión mayor».

-Por su parte, los trastornos bipolares, anteriormente conocidos como «psicosis maníaco-depresiva», se caracterizan por la presencia intermitente de episodios de manía o hipomanía, entremezclados con episodios depresivos.

- No obstante, también existen formas menos graves de ambos grupos. La forma leve de los trastornos depresivos, se denomina [trastorno distímico](#); y la de los trastornos bipolares, [trastorno ciclotímico](#).<sup>2</sup> .-

-ÍNDICE.-

- CAPÍTULO XCIII: -93)- TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO.-

- 93.1)- [Historia](#).

- 93.2)- [Epidemiología](#).

- 93.3)- [Clasificación](#)

- 93.3.1)- [Trastornos Depresivos](#).

- 93.3.1.1)- [Trastorno Depresivo Mayor](#).

- 93.3.2)- [Trastornos Bipolares](#).

- 93.3.3)- [Trastornos del Estado del Ánimo Inducidos Por Sustancias](#).

- 93.3.3.1)- [Inducidos Por el Alcohol](#).

- 93.3.3.2)- [Inducidos Por las Benzodiacepinas](#).

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

- 93.4)- [Véase También](#).

- 93.5)- [Referencias](#).

- 93.6)- [Bibliografía](#).

-93.7)- [Enlaces Externos](#).

- 93.1)- [Historia](#).

-El psiquiatra inglés [Henry Maudsley](#), propuso una categoría general de «trastornos afectivos».<sup>3</sup>

- Posteriormente, el término fue reemplazado por el de «trastorno del estado de ánimo».

-Este último término hace referencia más bien al estado emocional subyacente o longitudinal,<sup>4</sup> en contraposición al anterior término, que se centraba en la conducta externa, observada por los demás.<sup>1</sup>

- 93.2)- [Epidemiología](#).

-La prevalencia de algunos trastornos del estado de ánimo, como la depresión mayor, se duplica en las mujeres. En el caso del trastorno bipolar II, las mujeres solo presentan, unas

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

---

tasas de prevalencia ligeramente superiores.<sup>5</sup>

-En 2011, los trastornos del estado de ánimo, fueron la causa más común de hospitalización en niños, de entre 1 y 17 años en los Estados Unidos, con unos 112.000 ingresos aproximadamente.<sup>6</sup>

- 93.3)- Clasificación.

- 93.3.1)- Trastornos Depresivos.

- 93.3.1.1)- Trastorno Depresivo Mayor.

- Denominado «depresión mayor», «depresión unipolar» o «depresión clínica». Se da en aquellos casos, en los que el paciente ha sufrido uno o más [episodios depresivos mayores](#).

- Cuando solamente se ha experimentado un episodio depresivo mayor, el diagnóstico es de «trastorno depresivo mayor, episodio único».

- Cuando el número de episodios depresivos mayores sufridos, es superior a uno, el diagnóstico es de trastorno depresivo mayor recurrente.

- Los casos de depresión, en los que no se presentan episodios de manía, se denominan en ocasiones como «depresión unipolar», dado que el estado de ánimo, se mantiene en un único "polo" o extremo emocional.

-Las personas que sufren un episodio depresivo mayor o un trastorno depresivo mayor, presentan un riesgo de suicidio más elevado, que puede reducirse considerablemente , mediante la búsqueda de ayuda y tratamiento, por parte de profesionales de la salud.

- Existen estudios que demuestran que el hecho de preguntar a un amigo o familiar, si ha experimentado ideaciones suicidas, es una manera eficaz de identificar a las personas en situación de riesgo, y que en ningún caso, este tipo de preguntas, contribuyen a implantar en el paciente la idea suicida, ni a incrementar el riesgo de que tengan lugar los comportamientos autolíticos.<sup>7</sup>

- Algunos estudios epidemiológicos desarrollados en Europa, sugieren que, en la actualidad, el 8,5% de la población mundial, padece un trastorno depresivo.

- No parece existir ningún grupo de edad, que se vea libre del trastorno, y existen estudios que muestran la aparición de síntomas de depresión, en niños de 6 meses de edad, que han sido separados de sus padres.<sup>8</sup>

-El trastorno depresivo se trata con frecuencia en el ámbito de la atención primaria y de la asistencia hospitalaria general, pero en muchos casos pasa desapercibido.

- El trastorno depresivo que no se diagnostica, puede presentar una recuperación más lenta, así como un peor pronóstico, por lo que es importante, que todos los profesionales médicos sean capaces de reconocer los síntomas, tratar los casos más leves, e identificar aquellos casos, que requieran una atención especializada.<sup>9</sup>

-Los diagnósticos diferencian entre diversos subtipos de trastorno depresivo:

- - La [depresión atípica \(DA\)](#) : - Se caracteriza por un estado de ánimo reactivo (anhedonia paradójica) y positividad; una ganancia de peso significativa, o un incremento del apetito; exceso de sueño o somnolencia : [hipersomnia](#)); sensación de pesadez en las extremidades : parálisis plúmbea; y un deterioro social significativo, como consecuencia de una hipersensibilidad al [rechazo social](#) percibido.<sup>10</sup>
- La validez y prevalencia de este subtipo de depresión, se ha puesto en cuestión, dada la dificultad, que existe a la hora de identificarla y medirla con precisión.<sup>1</sup>



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

---

---

- - La [depresión melancólica](#): - Se caracteriza por la pérdida de la capacidad de experimentar placer : [anhedonia](#), en casi todas o en todas las actividades cotidianas; el fracaso a la hora de reaccionar adecuadamente a los [estímulos](#); un estado de ánimo cualitativamente más afectado, que en los casos de aflicción o duelo no patológicos; un empeoramiento de los síntomas durante las primeras horas del día; despertares tempranos; retardo psicomotor; pérdida de peso excesiva : debe diferenciarse de la provocada por la [anorexia nerviosa](#), o un excesivo sentimiento de culpabilidad.<sup>10</sup>.
- La [depresión psicótica](#) o depresión psicótica mayor (*PMD*: - Según sus siglas en inglés), es un término para referirse a aquellos episodios depresivos mayores, particularmente de naturaleza melancólica, en los que el paciente experimenta síntomas psicóticos como [delirios](#), o de forma menos frecuente, [alucinaciones](#).
  - Estos síntomas suelen ser congruentes con el estado de ánimo : es decir, su contenido suele estar relacionado con ideas depresivas.<sup>10</sup>.
- La [depresión catatónica](#): - Es una variante rara y severa de la depresión mayor, que se caracteriza por la presencia de trastornos de la conducta motora, entre otros síntomas.
  - El paciente suele presentar mutismo, y un estado casi [estuporoso](#).
  - Puede permanecer inmóvil, o realizar movimientos extraños, o sin finalidad aparente.
  - Los síntomas catatónicos también pueden presentarse en el transcurso de una [esquizofrenia](#), o de un [episodio maníaco](#), así como del [síndrome neuroléptico maligno](#).<sup>1011</sup>.
- La [depresión postparto](#)<sup>12</sup>: - Está contemplada como un caso específico en el [DSM IV TR](#).
  - Se refiere a la depresión intensa, persistente, y en ocasiones incapacitante, que experimentan algunas mujeres, después de dar a luz.
  - La depresión postparto, que afecta a entre el 10 y el 15% de las mujeres, suele presentarse durante los primeros tres meses tras el parto, aunque puede tardar hasta un año en aparecer.<sup>13</sup>.
  - Resulta bastante habitual ,que las mujeres experimenten una cierta sensación de tristeza y cansancio, las primeras semanas después de dar a luz; pero no debe confundirse esto con la depresión postparto, que es diferente, porque puede provocar un deterioro significativo en la vida doméstica, en el trabajo, o en las actividades académicas, así como en las relaciones interpersonales : familia, amigos, etc., o incluso en la relación con el recién nacido.<sup>14</sup>.
  - En el tratamiento de la depresión postparto, así como en el de otros tipos de depresión unipolar, en mujeres que están amamantando, los fármacos que suelen prescribirse son: [nortriptilina](#), [paroxetina](#) y [sertralina](#).<sup>15</sup>.
  - Se considera que las mujeres con un historial personal o familiar de trastornos del estado del ánimo, presentan un riesgo elevado de desarrollar depresión postparto.
- El [trastorno afectivo estacional](#) (*TAE*): - También conocido como «depresión de invierno», es una alteración muy específica.

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

---

---

- Algunas personas presentan un patrón estacional ,por el que experimentan episodios depresivos que aparecen durante el otoño o el invierno, y remiten al llegar la primavera.
- Se diagnostica, cuando tienen lugar al menos dos episodios durante los meses fríos, y ninguno durante el resto del año, en un periodo de dos o más años.<sup>10</sup>.
- Se ha hipotetizado que puesto que las personas que viven en latitudes más altas, experimentan una menor exposición a la luz solar durante el invierno, deberían presentar tasas más elevadas de TAE, pero los estudios epidemiológicos, no apoyan de manera firme esta teoría , y la latitud no es la única responsable de la cantidad de exposición solar, a la que se someten los ojos durante el invierno.
- El TAE tiene una prevalencia mayor entre individuos jóvenes, y suele afectar más a las mujeres, que a los hombres.<sup>1617</sup>.
- La **distimia** es un trastorno similar a la depresión unipolar, ya que se caracteriza por la presencia del mismo tipo de problemas cognitivos y físicos, pero en un grado menos severo, con una duración mayor : por lo general, al menos dos años.<sup>18</sup> .
  - El tratamiento de la distimia, es a grandes rasgos el mismo que el de la depresión, lo que incluye antidepresivos y psicoterapia.
- La **depresión doble**: - Se diagnostica a los pacientes, que presentan un estado de ánimo depresivo : distimia, que se prolonga durante al menos dos años, y en un momento dado, experimentan uno o más episodios de depresión mayor.<sup>19</sup>.
- El **trastorno depresivo no especificado**: - Es uno de los códigos de diagnóstico del **DSM-IV** (el 311), y se aplica a aquellos trastornos depresivos, que resultan incapacitantes, pero no entran dentro de los criterios de ningún otro subapartado clasificatorio. Según el DSM IV, se refiere a cualquier trastorno depresivo, que no reúne los criterios de un trastorno específico. En este grupo: se encuentran el trastorno disfórico premenstrual, la depresión postpsicótica en la **esquizofrenia**, el trastorno depresivo breve recurrente, y la depresión menor.<sup>20</sup>.
- El **trastorno depresivo de la personalidad** (TDP): - Es un diagnóstico psiquiátrico controvertido. Ha sido recientemente incluido en el DSM-IV, en el apéndice B, que es un apartado destinado a aquellas entidades clínicas, que deben estudiarse para su posible incorporación en revisiones posteriores. Por su parte, la CIE, en su décima y hasta ahora última edición, ha dejado de considerar este trastorno como independiente, pasando a englobarlo dentro de las distimias.<sup>21</sup>.
- El **trastorno depresivo breve recurrente** (TDBR): - Se distingue del **trastorno depresivo mayor**, principalmente por sus diferencias en la duración.
  - Las personas con TDBR, experimentan episodios depresivos más o menos una vez al mes. Estos episodios duran menos de dos semanas : por lo general, dos o tres días.
  - Para su diagnóstico, se requiere que los episodios tengan lugar al menos una vez al mes, durante un periodo de un año, y en las mujeres se requiere

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

---

que sean independientes de su [ciclo menstrual](#).<sup>22</sup> .

- Las personas con depresión clínica, pueden desarrollar TDBR, y viceversa, y ambos trastornos presentan riesgos similares.<sup>23</sup> .

- La [depresión menor](#):- Es un diagnóstico que se aplica a aquellos casos en los que se cumplen los criterios mínimos de duración, para un diagnóstico de depresión mayor : dos semanas, pero no están presentes en su totalidad, el resto de los síntomas requeridos.<sup>24</sup> .

**- 93.3.2)- Trastornos Bipolares.**

- El [trastorno bipolar](#) : - Se caracteriza por la presencia de periodos de un estado de ánimo anormalmente elevado : [manía](#), alternados con otros de periodos de estado de ánimo anormalmente bajo : [depresión](#).<sup>25</sup> .
  - En algunos casos, la alternancia entre ambos estados, se produce en ciclos rápidos; también pueden darse episodios mixtos, y en ocasiones, síntomas psicóticos.<sup>26</sup> .
  - Existen diferentes subtipos:
    - [Bipolar I](#):- Se caracteriza por la presencia de un historial de uno o más [episodios maníacos](#), hayan tenido lugar o no episodios depresivos. No se requiere la existencia de un historial de episodios depresivos, para el diagnóstico de un trastorno bipolar I; basta con que haya tenido lugar la aparición de un episodio maníaco, dado que la experiencia clínica demuestra que tarde o temprano, el episodio depresivo, terminará apareciendo durante el transcurso de la enfermedad.
    - [Bipolar II](#):- Se caracteriza por la presencia de una serie de episodios recurrentes de [hipomanía](#), acompañados de uno o más episodios depresivos o mixtos.
    - [Ciclotimia](#):- Presencia de episodios recurrentes de tipo hipomaniaco y distímico, sin que hayan tenido lugar episodios depresivos mayores o episodios maníacos.
    - [Trastorno bipolar no especificado](#):- El paciente presenta algunos síntomas del espectro bipolar : por ejemplo, sintomatología maníaca y depresiva, pero estos síntomas no cumplen los criterios, que se exigen en el DSM IV, para el diagnóstico de cualquiera de los tres subtipos mencionados con anterioridad.

- Las estimaciones al respecto apuntan a que el 1% de la población adulta presenta síntomas, que cumplen con los criterios de un trastorno bipolar I; otro 1% presenta sintomatología de trastorno bipolar II o de ciclotimia, y entre un 2% y un 5%, sufren otras formas no especificadas de trastorno bipolar.

- La posibilidad de desarrollar un trastorno bipolar, es de entre un 15% y un 30% si existen antecedentes familiares al respecto en uno de los padres, y de entre un 50% y un 75%, si ambos progenitores están afectados.

- En el caso de tener un hermano afectado, el riesgo es de entre un 15% y un 25%, y en el caso de un hermano gemelo idéntico, de un 70%.<sup>27</sup> .

- Se ha documentado la relación en algunos casos, con el consumo de [gluten](#).<sup>28</sup> .

**- 93.3.3)- Trastornos del Estado del Ánimo Inducidos Por Sustancias.**

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

---

---

- Se puede hablar de un trastorno del estado de ánimo, inducido por sustancias en aquellos casos, en los que la sintomatología puede atribuirse a los efectos fisiológicos directos de una [droga psicoactiva](#), u otras sustancias químicas, o si el desarrollo del trastorno del estado de ánimo tiene lugar, concurrentemente con una [intoxicación](#) por sustancias, o con un [síndrome de abstinencia](#).

- Además, puede darse el caso, de que una persona presente simultáneamente un trastorno del estado de ánimo, y un trastorno de [abuso de sustancias](#).

- Los trastornos del estado de animo, inducidos por sustancias, pueden adoptar la forma de un episodio depresivo, maníaco, hipomaníaco o mixto.

- La mayor parte de las sustancias, pueden provocar diversos trastornos del estado de ánimo. Por ejemplo, los [estimulantes](#) como: la [anfetamina](#), la [metanfetamina](#) y la [cocaína](#), pueden provocar: episodios maníacos, hipomaníacos ,o depresivos.<sup>29</sup> .

**- 93.3.3.1)- Inducidos Por el Alcohol.**

- Se dan elevadas tasas de incidencia del trastorno depresivo mayor, en alcohólicos y bebedores habituales.

- Ha existido una cierta controversia al respecto, de si el consumo de alcohol, en estas personas, pudiera deberse a una forma de automedicación, ante una depresión preexistente. No obstante, algunas investigaciones recientes, han concluido que, aunque esto podría ser cierto en algunos casos, el abuso de alcohol, es un factor causante del desarrollo de una depresión, en un número significativo de grandes bebedores.

- En un estudio al respecto, se evaluó a una serie de personas durante la presencia de sucesos estresantes de sus vidas, registrando sus puntuaciones obtenidas, en respuesta a una escala de sentimientos negativos.

- Del mismo modo, se evaluó su relación con otros factores como el desempleo, actos criminales, y relaciones con compañeros, con comportamientos problemáticos : uso de sustancias, etc.).<sup>303132</sup> -

- También se hallaron altas tasas de suicidio, entre aquellas personas con problemas relacionados con el consumo de alcohol.<sup>33</sup> .

- Un estudio cuidadoso del historial del paciente, suele permitir establecer un diagnóstico diferencial, entre aquellas depresiones relacionadas con el alcohol, y aquellas que no lo están.<sup>323435</sup> .

- La depresión, así como otros problemas de salud, relacionados con el abuso del alcohol, puede deberse a una alteración de la química cerebral, dado que parece que existe una tendencia, a la remisión espontánea, tras un periodo de abstinencia.<sup>36</sup> .

**- 93.3.3.2)- Inducidos Por las Benzodiacepinas.**

- El uso a largo plazo de [benzodiacepinas](#), como el Valium o el Librium, pueden provocar efectos cerebrales similares a los del [alcohol](#), y también se ha documentado su relación con la depresión.<sup>37</sup> .

- El trastorno depresivo mayor, puede desarrollarse a partir de un uso crónico de benzodiacepinas, o como parte de un síndrome de abstinencia prolongado.

- Las benzodiacepinas son un tipo de medicación de uso frecuente, para el tratamiento del: [insomnio](#), la [ansiedad](#) y los espasmos musculares.

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

---

- Del mismo modo, que ocurre en el caso del alcohol, se cree que la aparición de la sintomatología depresiva, se debe a sus efectos sobre la neuroquímica cerebral, como la reducción en los niveles de [serotonina](#) y [norepinefrina](#).<sup>38394041</sup> .
- El trastorno depresivo mayor también puede presentarse formando parte de un síndrome de abstinencia de las benzodiacepinas.<sup>424344</sup> .
- En un estudio en el que se realizó un seguimiento a largo plazo, de una serie de pacientes con dependencia de las benzodiacepinas, se halló que un 20% de los sujetos, habían sufrido una sobredosis, durante su tratamiento con benzodiacepinas, aunque solo dos personas habían padecido algún episodio depresivo previo.
- Un año después de un programa de desintoxicación, no se habían dado nuevos casos de sobredosis.<sup>45</sup> La depresión que aparece como consecuencia de un síndrome de abstinencia de las benzodiacepinas, suele mitigarse al cabo de unos cuantos meses, pero en algunos casos puede persistir hasta un año.<sup>4647</sup> .

- 93.3.4)- Trastorno del Estado de Ánimo No Especificado.

- El trastorno del estado de ánimo no especificado, es un trastorno del estado de ánimo que no cumple los criterios diagnósticos de cualquier otro de los trastornos anteriormente especificados. En el [DSM-IV](#), se los describe como «cualquier trastorno del estado de ánimo que no cumple los criterios de un trastorno específico».<sup>10</sup> .
- El trastorno del estado de ánimo no especificado no se utiliza como una descripción clínica, sino como un concepto estadístico, a efectos de documentación de las tasas de prevalencia, e incidencia de las distintas variedades de trastornos del estado de ánimo.<sup>48</sup> .
- La mayor parte de los caso de un trastorno del estado de ánimo no especificado, son una mezcla de trastornos afectivos y de ansiedad, como el caso del [trastorno mixto ansioso depresivo](#), o la [depresión atípica](#).<sup>48</sup> . Un ejemplo sería una depresión menor, con episodios que tienen lugar a intervalos temporales diferentes, como una vez al mes, o una vez cada tres días.<sup>10</sup> .Existe el riesgo de que un trastorno del estado de ánimo no especificado, pase desapercibido, y consecuentemente, no pueda ser tratado adecuadamente.<sup>49</sup> .

- 93.4)- Véase También.

- [Depresión](#);
- [Labilidad emocional](#);

- 93.5)- Referencias.

1.           ↑ [Saltar a:](#) <sup>a b c</sup> Sadock, Benjamin J.; Sadock, Virginia A. (2002). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (en inglés) (9ª edición). Lippincott Williams & Wilkins. [ISBN 0-7817-3183-6](#).
2.           ↑ Carlson, Neil R.; Heth, C.D. (2007). *Psychology the science of behaviour* (4ª edición). Pearson Education Inc. [ISBN 0-205-64524-0](#).
3.           ↑ Lewis, A.J. (1934). [«Melancholia: A Historical Review»](#). *Journal of Mental Science* (en inglés) 80 (328): 1-42. [doi:10.1192/bjp.80.328.1](#).

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

---

4. [↑](#) Berrios, G. E. (1985). «The Psychopathology of Affectivity: Conceptual and Historical Aspects». *Psychological Medicine* (en inglés) 15 (4): 745-758. [PMID 3909185](#). [doi:10.1017/S0033291700004980](#).
5. [↑](#) Bauer, M.; Pfennig, A. (2005). «Epidemiology of Bipolar Disorders». *Epilepsia* (en inglés) (46(s4)): 8-13.
6. [↑](#) Pfunter, A.; Wier, L.M.; Stocks, C. (septiembre de 2013). «[Most Frequent Conditions in U.S. Hospitals 2011](#)». *HCUP Statistical Brief* (en inglés) (Rockville, MD.: Agency for Healthcare Research and Quality) (162).
7. [↑](#) Capítulo V de la [CIE-10](#): Trastornos mentales y del comportamiento. Organización Mundial de la Salud. 1993.
8. [↑](#) Ayuso-Mateos, J.L. et al. (2001). «[Depressive Disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study](#)» (PDF). *British Journal of Psychiatry* (en inglés) 179: 308-316. [PMID 11581110](#). [doi:10.1192/bjp.179.4.308](#).
9. [↑](#) Gelder, M.G.; Mayou, R.; Geddes, J. (2005). *Psychiatry* (en inglés). Nueva York: [Oxford University Press](#) Inc. p. 170. [ISBN 9780198528630](#).
10. [↑](#) [Saltar a: <sup>a</sup> <sup>b</sup> <sup>c</sup> <sup>d</sup> <sup>e</sup> <sup>f</sup> <sup>g</sup>](#) American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc. [ISBN 0-89042-025-4](#).
11. [↑](#) García-Borreguero, P. (23 de febrero de 2012). «[Catatonia como síntoma de la depresión](#)». *Fundacionpunset.org*.
12. [↑](#) Zieve, D.; Merrill, D.B. (19 de septiembre de 2012). «[Depresión posparto](#)». *MedlinePlus*.
13. [↑](#) «[Postpartum Depression](#)». *eMedicine.com* (en inglés).
14. [↑](#) O'Hara, Michael W. (1995). *Postpartum Depression: Causes and consequences* (en inglés). Springer-Verlag. [ISBN 9783540948612](#).
15. [↑](#) Weissman, A.M., et al. (junio de 2004). «[Pooled Analysis of Antidepressant Levels in Lactating Mothers, Breast Milk, and Nursing Infants](#)». *American Journal of Psychiatry* (en inglés) 161: 1066-1078. [doi:10.1176/appi.ajp.161.6.1066..](#)
16. [↑](#) Lam Raymond W.; Levitan Robert D. (2000). «[Pathophysiology of seasonal affective disorder: a review](#)». *Journal of Psychiatry and Neuroscience* (en inglés) 25 (5): 469-480. [PMC 1408021](#). [PMID 11109298..](#)
17. [↑](#) Fresno, D.; Pedrejón, C.; Benabarre, A.; Valle, J.; Arrauxo, A.; Vieta, E. (abril de 2006). «[Trastorno afectivo estacional](#)» (PDF). *JANO* (1603): 33-44.
18. [↑](#) Schacter, Daniel L.; Gilbert, Daniel T. y Wegner, Daniel M. (2010). «Psychological disorders». *Psychology* (en inglés) (2ª edición). Worth, Incorporated. pp. 564-65.
19. [↑](#) Retamal C., Pedro (1998). *Depresión* (2ª edición). Santiago de Chile: Editorial universitaria. p. 10. [ISBN 9561113686](#).
20. [↑](#) «[Trastorno depresivo no especificado](#)». *Redsanar.org*.



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

---

21. [↑](#) Viadel Hernández, M.; Cercós Leal, C.; Pérez Prieto, J.F. (2002). [«Trastorno depresivo de la personalidad»](#) (PDF). *Psiqu. Biol.* 9 (5): 200-206.
22. [↑](#) [«Trastorno depresivo breve recurrente»](#). *Eutox.com*.
23. [↑](#) Carta, Mauro Giovanni; Altamura, Alberto Carlo; Hardoy, Maria Carolina *et al.* (2003). «Is recurrent brief depression an expression of mood spectrum disorders in young people?». *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* (en inglés) 253 (3): 149-53. [PMID 12904979](#). [doi:10.1007/s00406-003-0418-5](#).
24. [↑](#) Rapaport, M.H.; Judd, L.L.; Schettler, P.J.; Yonkers, K.A.; Thase, M.E.; Kupfer, D.J.; Frank, E.; Plewes, J.M.; Tollefson, G.D.; Rush, A.J. (2002). «A descriptive analysis of minor depression». *American Journal of Psychiatry* (en inglés) 159 (4): 637-43. [PMID 11925303](#). [doi:10.1176/appi.ajp.159.4.637](#).
25. [↑](#) D. Schacter, D. Gilbert, D. Wegner (2011). *Psychology* (2ª edición). Worth Publishers. p. 570.
26. [↑](#) Conrad Stöppler, M. [«Bipolar Disorder \(cont.\)»](#). *MedicineNet, Inc.*
27. [↑](#) Abell, S.; Ey, J. L. (4 de junio de 2009). «Bipolar Disorder». *Clinical Pediatrics* 48 (6): 693-694. [PMID 19498214](#). [doi:10.1177/0009922808316663](#).
28. [↑](#) Pennisi M, Bramanti A, Cantone M, Pennisi G, Bella R, Lanza G (15 de septiembre de 2017). [«Neurophysiology of the "Celiac Brain": Disentangling Gut-Brain Connections»](#). *Front Neurosci* (Revisión) 11: 498. [PMC 5591866](#). [PMID 28928632](#). [doi:10.3389/fnins.2017.00498](#).
29. [↑](#) [«Methods for Diagnosing Mood Disorders»](#). *faqs.org*. Consultado el 14 de febrero de 2014.
30. [↑](#) Fergusson, D.M.; Boden, J.M.; Horwood, L.J. (marzo de 2009). [«Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression»](#). *Arch. Gen. Psychiatry* (en inglés) 66 (3): 260-6. [PMID 19255375](#). [doi:10.1001/archgenpsychiatry.2008.543](#). ([enlace roto](#) disponible en [Internet Archive](#); véase el [historial](#) y la [última versión](#)).
31. [↑](#) Falk, D.E.; Yi, H.Y.; Hilton, M.E. (abril de 2008). [«Age of Onset and Temporal Sequencing of Lifetime DSM-IV Alcohol Use Disorders Relative to Comorbid Mood and Anxiety Disorders»](#). *Drug Alcohol Depend* (en inglés) 94 (1-3): 234-45. [PMC 2386955](#). [PMID 18215474](#). [doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.11.022](#).
32. [↑](#) [Saltar a: <sup>a</sup> <sup>b</sup>](#) Schuckit, M.A.; Smith, T.L.; Danko, G.P. *et al* (noviembre de 2007). «A comparison of factors associated with substance-induced versus independent depressions». *J Stud Alcohol Drugs* (en inglés) 68 (6): 805-12. [PMID 17960298](#).
33. [↑](#) Chignon, J,M,; Cortes, M.J.; Martin, P.; Chabannes, J.P. (1998). «Attempted suicide and alcohol dependence: results of an epidemiologic survey». *Encephale* (en francés) 24 (4): 347-54. [PMID 9809240](#).
34. [↑](#) Schuckit, M.A.; Tipp, J.E.; Bergman, M.; Reich, W.; Hesselbrock, V.M.; Smith, T.L. (julio de 1997). [«Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics»](#). *American Journal of Psychiatry* (en inglés) 154 (7): 948-57. [PMID 9210745](#).

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

---

35. [↑](#) Schuckit, M.A.; Tipp, J.E.; Bucholz, K.K. *et al* (octubre de 1997). [«The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls»](#). *Addiction* (en inglés) 92 (10): 1289-304. [PMID 9489046](#). [doi:10.1111/j.1360-0443.1997.tb02848.x](#).
36. [↑](#) Wetterling, T.; Junghanns, K. (diciembre de 2000). «Psychopathology of alcoholics during withdrawal and early abstinence». *Eur Psychiatry* (en inglés) 15 (8): 483-8. [PMID 11175926](#). [doi:10.1016/S0924-9338\(00\)00519-8](#).
37. [↑](#) Semple, David; Roger Smyth, Jonathan Burns, Rajan Darjee, Andrew McIntosh (2007). *Oxford Handbook of Psychiatry* (en inglés). Reino Unido: Oxford University Press. p. 540. [ISBN 0-19-852783-7](#).
38. [↑](#) Collier, Judith; Longmore, Murray (2003). Scally, P., ed. *Oxford Handbook of Clinical Specialties* (en inglés) (6ª edición). Oxford University Press. p. 366. [ISBN 978-0-19-852518-9](#).
39. [↑](#) Ashton, H. (2002). [«Benzodiazepines: How They Work and How to Withdraw»](#) (en inglés).
40. [↑](#) Lydiard, R.B.; Laraia, M.T.; Ballenger, J.C.; Howell, E.F. (mayo de 1987). [«Emergence of depressive symptoms in patients receiving alprazolam for panic disorder»](#). *American Journal of Psychiatry* (en inglés) 144 (5): 664-5. [PMID 3578580](#).
41. [↑](#) Nathan, R.G.; Robinson, D.; Cherek, D.R.; Davison, S.; Sebastian, S.; Hack, M. (1 de enero de 1985). [«Long-term benzodiazepine use and depression»](#). *American Journal of Psychiatry* (American Journal of Psychiatry) 142 (1): 144-5. [PMID 2857068](#).
42. [↑](#) Fyer, A.J.; Liebowitz, M.R.; Gorman, J.M.; Campeas, R.; Levin, A.; Davies, S.O.; Goetz, D.; Klein, D.F. (marzo de 1987). [«Discontinuation of Alprazolam Treatment in Panic Patients»](#). *American Journal of Psychiatry* (en inglés) (benzo.org.uk) 144 (3): 303-8. [PMID 3826428](#).
43. [↑](#) Modell, J.G. (marzo-abril de 1997). [«Protracted benzodiazepine withdrawal syndrome mimicking psychotic depression»](#) (PDF). *Psychosomatics* (en inglés) (Psychiatry Online) 38 (2): 160-1. [PMID 9063050](#). [doi:10.1016/S0033-3182\(97\)71493-2](#). Archivado desde [el original](#) el 25 de junio de 2008.
44. [↑](#) Lader, M. (1994). «Anxiety or depression during withdrawal of hypnotic treatments». *J Psychosom Res* (en inglés) 38 (Supl 1): 113-23; discussion 118-23. [PMID 7799243](#). [doi:10.1016/0022-3999\(94\)90142-2](#).
45. [↑](#) Ashton, H. (1987). [«Benzodiazepine Withdrawal: Outcome in 50 Patients»](#). *British Journal of Addiction* (en inglés) 82: 655-671.
46. [↑](#) Ashton, C.H. (marzo de 1995). [«Protracted Withdrawal From Benzodiazepines: The Post-Withdrawal Syndrome»](#). *Psychiatric Annals* (en inglés) (benzo.org.uk) 25 (3): 174-179.
47. [↑](#) Ashton, C.H. (2004). [«Protracted Withdrawal Symptoms From Benzodiazepines»](#) (en inglés). *Comprehensive Handbook of Drug & Alcohol Addiction*.
48. [↑](#) [Saltar a:](#) <sup>a</sup> <sup>b</sup> Akiskal, H.S. (2 de noviembre de 2004). [«Mood disorders: clinical features»](#) (en inglés). Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*.




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

---



49. [↑](#) Williams, D.T.; Hirsch, S. y Coffey, B. (octubre de 2007). *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* (en inglés) 17 (5): 721-726.  
[doi:10.1089/cap.2007.17503](https://doi.org/10.1089/cap.2007.17503).

**- 93.6)- Bibliografía.**

- [Parker, Gordon](#); Dusan Hadzi-Pavlovic, Kerrie Eyers (1996). *Melancholia: A disorder of movement and mood: a phenomenological and neurobiological review*. Cambridge: [Cambridge University Press](#). ISBN 0-521-47275-X.
- Carlson, Neil R.; Heth, C. Donald (2007). *Psychology the science of behaviour* (4 edición). Pearson Education Inc. ISBN 0-205-64524-0.
- VER: Los 139 LIBROS Publicados del Prof. Dr. Enrique Barmaimon: - - [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)- [www.bvssmu@org.uy](mailto:www.bvssmu@org.uy) [libros], [barmaimon] ).(OR) .(buscar);( Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra.
- EN: -LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10; Pag.52- 69.8)-

**-93.7)- Enlaces Externos.**



[Control de autoridades](#)

- [Proyectos Wikimedia](#)
-  Datos: [Q188638](#)
-  Multimedia: [Mood disorders](#)
- **Identificadores**
- [GND: 4205031-5](#)
- [LCCN: sh85001494](#)
- **Diccionarios y enciclopedias**
- [Britannica: url](#)
- **Identificadores médicos**
- **DOI:** [DOI:3324](#)
- [CIE-10: F39](#)
- [CIE-9: 296.99](#)
- [MeSH: D019964](#)

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

---

---

-  Datos:[Q188638](#)
-  Multimedia:[Mood disorders](#)



-Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Trastornos del estado de ánimo&oldid=118299051](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Trastornos_del_estado_de_ánimo&oldid=118299051)»

-Categoría:

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

- Editar enlaces

- Esta página se editó por última vez el 15 octubre 2019, a las 10:51.

**0 0 0 0 0 0 0 0.**

- CAPÌTULO XCIV: - 94)- MIALGIA.-  
-De Wikipedia, la enciclopedia libre

- MIALGIA:  
(nombre de [síntoma](#))

Clasificación y recursos externos

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

---

<a href="#">Especialidad</a>	<a href="#">Reumatología</a>
<a href="#">CIE-10</a>	<a href="#">M79.1</a>
<a href="#">CIE-9</a>	<a href="#">729.1</a>
<a href="#">CIAP-2</a>	<a href="#">L18</a>
<a href="#">DiseasesDB</a>	<a href="#">22895</a>
<a href="#">MedlinePlus</a>	<a href="#">003178</a>
Sinónimos	
- Dolor muscular	

-Las mialgias o dolores musculares, consisten en dolores o molestias, que pueden afectar a uno o varios [músculos](#) del cuerpo. También pueden estar implicados [ligamentos](#), [tendones](#) y [fascias](#).

-Las causas son muy variadas. Las principales incluyen sobrecarga, tensión o lesiones musculares, por ejercicios o trabajos físicos intensos.

- Asimismo, el dolor muscular, puede ser un síntoma de ciertas enfermedades, que afectan a todo el cuerpo, entre las cuales destaca la [fibromialgia](#).<sup>1</sup>

-ÍNDICE.-

- CAPÍTULO XCIV: - 94)- MIALGIA.-

- 94.1)- [Causas](#).

- 94.2)- [Véase También](#).

- 94.3)- [Bibliografía](#)

- 94.4)- [Referencias](#).

-94.5)- Enlaces Externos.

- 94.1)- Causas.

-La causas más frecuentes de mialgia son el sobreesfuerzo muscular, especialmente cuando se realizan contracciones muy rápidas, sin calentamiento previo o muy repetitivas, y las lesiones o los traumatismos sobre los músculos, incluyendo [esguinces](#) y [distensiones](#).<sup>1</sup>

- La tensión y el estrés también pueden ocasionar dolor muscular.<sup>1</sup>

-Asimismo, el dolor muscular es un síntoma frecuente en diversas enfermedades, entre las que cabe destacar:

- Enfermedades infecciosas, como la gripe, [abscesos](#) en el músculo, la [enfermedad de Lyme](#), la [malaria](#), la [triquinosis](#) o la [poliomielitis](#).<sup>1</sup>

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

---

- Enfermedades autoinmunes, como la [enfermedad celíaca](#), el [lupus eritematoso sistémico](#), el [síndrome de Sjögren](#) o la [polimiositis](#).<sup>123</sup> La enfermedad celíaca con frecuencia cursa sin síntomas digestivos o estos son muy leves, y los síntomas no digestivos, como el dolor muscular o musculoesquelético, pueden ser los únicos indicios de su presencia.<sup>2</sup>
- Enfermedades gastrointestinales, como la [sensibilidad al gluten no celíaca](#) (que también puede cursar sin síntomas digestivos) y la [enfermedad inflamatoria intestinal](#) (incluyendo la [enfermedad de Crohn](#) y la [colitis ulcerosa](#)).<sup>45</sup>
- Enfermedades reumáticas, como la [fibromialgia](#) o la [polimialgia reumática](#).<sup>16</sup>
- Enfermedades del tejido conectivo, como el [síndrome de Ehlers-Danlos](#).<sup>7</sup>


Otras causas de dolor muscular incluyen:

- Medicamentos, como los [IECA](#), utilizados para bajar la presión arterial, y los derivados de las [estatinas](#) y los ácidos fibrícos ([fibratos](#)), que se emplean para el tratamiento de las [dislipidemias](#).<sup>1</sup> Otros medicamentos que pueden producir mialgias son ciertos [hipotensores](#), como la [doxazosina](#).
- Drogas, como la [cocaína](#).<sup>1</sup>
- Desequilibrios de electrolitos, como cuando los niveles de potasio o calcio están muy bajos.<sup>1</sup>

- 94.2)- Véase También.

- [Fibromialgia](#);

- 94.3)- Bibliografía.

- Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL. Harrison. Principios de Medicina Interna (16ª ed). México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2006.
- VER: Los 139 LIBROS Publicados del Prof. Dr. Enrique Barmaimon: -  [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)- [-www.bvssmu@org.uy](mailto:www.bvssmu@org.uy) [libros], [barmaimon] ).(OR) .(buscar);( Elegir libro entre 139 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra.
- EN: -LIBROS SOBRE SÍNDROMES DE FATIGA CRÓNICA : TOMO I- Cap. 1.10; Pag.52- 69.8)-

- 94.4)- Referencias

↑ [Saltar a: <sup>a</sup> <sup>b</sup> <sup>c</sup> <sup>d</sup> <sup>e</sup> <sup>f</sup> <sup>g</sup> <sup>h</sup> <sup>i</sup> MedlinePlus](#) (última revisión: 4 de noviembre de 2015). [«Dolores musculares»](#).

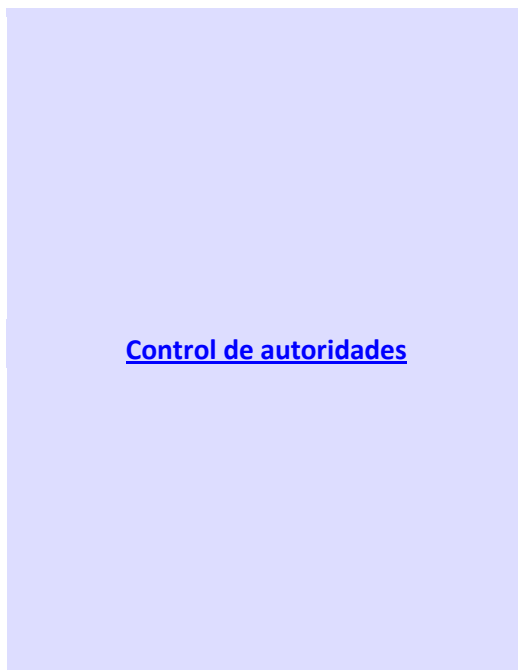
1. ↑ [Saltar a: <sup>a</sup> <sup>b</sup>](#) Leffler DA, Green PH, Fasano A (octubre de 2015). [«Extraintestinal manifestations of coeliac disease»](#). *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* (Revisión) 12 (10): 561-71. [PMID 26260366](#). [doi:10.1038/nrgastro.2015.131](#).
2. ↑ Vitali C, Del Papa N (febrero de 2015). [«Pain in primary Sjögren's syndrome»](#). *Best Pract Res Clin Rheumatol* (Revisión) 29 (1): 63-70. [PMID 26267000](#). [doi:10.1016/j.berh.2015.05.002](#).
3. ↑ Tovoli F, Masi C, Guidetti E, Negrini G, Paterini P, Bolondi L (16 Mar 2015). [«Clinical and diagnostic aspects of gluten related disorders»](#). *World J Clin Cases* (Revisión) 3 (3): 275-84. [PMC 4360499](#). [PMID 25789300](#). [doi:10.12998/wjcc.v3.i3.275](#).



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



---

4. [↑](#) Diefenbach KA, Breuer CK (28 de mayo de 2006). «[Pediatric inflammatory bowel disease](#)». *World J Gastroenterol* (Revisión) 12 (20): 3204-12. [PMC 4087963](#). [PMID 16718840](#).
5. [↑](#) Atzeni F, Cazzola M, Benucci M, Di Franco M, Salaffi F, Sarzi-Puttini P (abril de 2011). «[Chronic widespread pain in the spectrum of rheumatological diseases](#)». *Best Pract Res Clin Rheumatol* (Revisión) 25 (2): 165-71. [PMID 22094193](#). [doi:10.1016/j.berh.2010.01.011](#).
6. [↑](#) Castori M, Voermans NC (6 de octubre de 2014). «[Neurological manifestations of Ehlers-Danlos syndrome\(s\): A review](#)». *Iran J Neurol* (Revisión) 13 (4): 190-208. [PMC 4300794](#). [PMID 25632331](#).

-94.5)- Enlaces Externos.



- [Proyectos Wikimedia](#)
-  Datos: [Q474959](#)
-  Multimedia: [Myalgia](#)
  
- [Identificadores médicos](#)
- [CIAP-2: L18](#)
- [DiseasesDB: 22895](#)
- [MedlinePlus: 003178](#)
- [MeSH: D063806](#)

-  Datos: [Q474959](#)
-  Multimedia: [Myalgia](#)

``

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Mialgia&oldid=118700564>»

**Categorías:**

- [Enfermedades musculares](#)
- [Síntomas](#)

**Editar enlaces**

- Esta página se editó por última vez el 15 Octubre 2019 a las 11:05.

0 0 0 0 0 0 0 0.

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

---

---

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

---

- De Wikipedia, la enciclopedia libre

- ASTENIA.  
(nombre de [síntoma](#))



**Clasificación y recursos externos**

<a href="#">CIE-10</a>	<a href="#">R53</a>
<a href="#">CIE-9</a>	<a href="#">780.7</a>
<a href="#">CIAP-2</a>	<a href="#">A04</a>
<a href="#">MeSH</a>	<a href="#">D001247</a>

-La astenia (del [griego](#) *α* [*a*] —alfa privativo—: "carecer", y *σθένος* [*sthénos*]: "fuerza", "poder")<sup>1</sup> es un [síntoma](#) presente en varios trastornos, caracterizado por una sensación generalizada de cansancio, fatiga, debilidad física y psíquica; con principal incidencia entre las personas de 20 a 50 años, y mayor preponderancia en las mujeres que en los hombres.<sup>2</sup>

La «astenia prolongada» puede derivar al diagnóstico del [síndrome de fatiga crónica](#).<sup>3</sup>

-ÍNDICE.-

- CAPÍTULO XCV: - 95)- ASTENIA.

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

---

---

-95. [1Etiología](#)

- 95. [1.1\)- Causa Funcional.](#)

- 95. [1.2\)- Causa Orgánica.](#)

-95. [2\)- Cuadro Clínico.](#)

- 95. [3\)- Diagnóstico Diferencial.](#)

- 95. [4\)- Referencias.](#)

-95. [5\)- Bibliografía.](#)

- 95. [6\)- Enlaces Externos.](#)

- 95.1)- Etiología.

- 95.1.1)- Causa Funcional.

- Por lo general aparece al amanecer, es decir, predomina por la mañana, y resulta variable al transcurrir el tiempo. No mejora o incluso se agrava con el reposo, y suele estar asociado a un trastorno del sueño.

- Cuando es por causas reactivas, es porque aparece después de un exceso de actividad física o mental. Cuando es por causas psiquiátricas, es por asociación al síndrome depresivo.

- 95.1.2)- Causa Orgánica.

- Se caracteriza por ser máxima por la tarde, en horas del atardecer, es fija, y sin variaciones o fluctuaciones. Se agrava con la actividad y mejora después del sueño.<sup>3</sup>. La presunta causa es orgánica por:

- Infecciones o acción de [citocinas](#);
- Hematológica, como en casos de [anemia](#);
- Endocrina, por [hipotiroidismo](#);
- Musculares por [miopatías](#), [miastenia gravis](#), déficit de [potasio](#) o en la [glucólisis](#);
- Digestiva, en la [enfermedad celíaca](#), hepatopatía crónica o malabsorción;
- Neurológica;
- Iatrogénica, por acción de ciertos [fármacos](#);
- [Embarazo](#) por alteración [hormonal](#);
- Intoxicación por [cadmio](#);

- 95.2)- Cuadro Clínico.

- La astenia se caracteriza por fatiga como sensación de falta de energía y motivación, de agotamiento o cansancio.

- La astenia puede afectar las funciones intelectuales: pérdida de la [memoria](#), menor atención, concentración y vigilancia.

- Con frecuencia se evidencian otros trastornos psicológicos, incluyendo una percepción alterada del mundo externo, trastornos de la personalidad, y [ansiedad](#).

-La astenia también afecta las funciones sexuales, produciendo una [disminución del deseo sexual](#) y una [disfunción eréctil](#).

-Los trastornos físicos más comunes son la [pérdida del apetito](#), fatiga muscular, y trastornos del sueño.

-La astenia no es sinónimo de somnolencia. Somnolencia y [apatía](#) : entendida como indiferencia, pueden ser síntomas de la fatiga normal, tras el esfuerzo físico o la falta de



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

---

---

sueño.

- Si no se alivia durmiendo bien, y con poco estrés, debe ser valorada médicamente.<sup>4</sup>.
- Otras causas frecuentes de astenia, son las causas cardíacas y oncológicas, por su gravedad, la ingesta de drogas y alcohol, la depresión y el embarazo en adolescentes, el [síndrome de apnea obstructiva del sueño](#), y el maltrato tanto a nivel escolar, como familiar.<sup>4</sup>.

- 95.3)- Diagnóstico Diferencial.

- Es necesario diferenciar la astenia de la [fatiga](#): los síntomas no mejoran con el descanso.
- Tampoco se debe confundir con la [fatiga crónica](#). Si los síntomas se presentan durante más de 6 meses, y no se deben a un estado de [depresión](#), es posible estar, ante el [Síndrome de Fatiga Crónica](#).

-Un caso particular de astenia, es la [astenia primaveral](#),<sup>5</sup> trastorno de origen incierto, que se presenta con la llegada de esta estación.

-La astenia puede aparecer en múltiples [infecciones](#) y [enfermedades](#), tanto orgánicas, como funcionales. Por ejemplo:

- [Acromegalia](#);
- [Amigdalitis bacteriana](#);
- [Anemia](#);
- [Cáncer](#);
- [Endocarditis infecciosa](#);
- [Enfermedad de Addison](#);
- [Enfermedad de Wernicke](#);
- [Esclerosis lateral amiotrófica](#);
- [Esclerosis múltiple](#);
- [Distimia](#);
- [Fibromialgia](#);
- [Fiebre tifoidea](#);
- [Lupus](#);
- [Galactosemia](#);
- [Hipoparatiroidismo](#) en fase crónica;
- [Insuficiencia cardíaca](#) izquierda inicial;
- [Mononucleosis](#);
- [Sida](#);
- [Tuberculosis](#);

- 95.4)- Referencias.

1.           ↑ Lidell, Henry Stitz; Scott, Robert (1996). [A Greek-English Lexicon](#) (en inglés). Oxford: Clarendon Press.. p. 1595.
2.           ↑ Marx, John (2010). *Rosen's emergency medicine: concepts and clinical practice 7th edition*. Philadelphia, PA: Mosby/Elsevier. p. Chapter 11. [ISBN 9780323054720](#).
3.           ↑ [Saltar a:](#)<sup>a b</sup> BARBADO HERNANDEZ, F. J.; GOMEZ CEREZO, J.; LOPEZ RODRIGUEZ, M. y VAZQUEZ RODRIGUEZ, J. J.. [El síndrome de fatiga crónica y su diagnóstico en Medicina Interna](#). An. Med. Interna (Madrid) [online]. 2006, vol.23,


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

---

n.5 [citado el 13 de abril de 2010], pp. 239-244. ISSN 0212-7199. doi: 10.4321/S0212-71992006000500009.



4.           ↑ [Saltar a:](#) <sup>a</sup> <sup>b</sup> CASANOVAS GORDO, J.M.. [Del síntoma a la enfermedad: astenia](#). Rev Pediatr Aten Primaria [online]. 2009, vol.11, suppl.17 [citado el 13 de abril de 2010], pp. 425-431. ISSN 1139-7632.
5.           ↑ [«La astenia primaveral - Canal Salud Mapfre»](#). [www.mapfre.es](http://www.mapfre.es).

**-95.5)- Bibliografía.**

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

**- 95.6)- Enlaces Externos.**

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

-  Datos:[Q633403](#)
-  Citas célebres:[Debilidad](#)

``

Obtenido de [«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Astenia&oldid=118674152»](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Astenia&oldid=118674152)

**-Categorías:**

- [Síntomas](#);
- [Términos médicos](#);
- Esta página se editó por última vez el 30 octubre 2019, a las 11:32.

0    0    0    0    0    0    0    0.