



UTPL
La Universidad Católica de Loja

Modalidad Abierta y a Distancia

Psicofarmacología

Guía didáctica



Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Facultad de Ciencias de la Salud

Departamento de Ciencias de la Salud

Psicofarmacología

Guía didáctica

Carrera	PAO Nivel
▪ Psicología	VI

Autora:

Verónica Andrea Vélez Mora



M E D I _ 3 0 5 5

Asesoría virtual
www.utpl.edu.ec

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Universidad Técnica Particular de Loja

Psicofarmacología

Guía didáctica

Verónica Andrea Vélez Mora

Diagramación y diseño digital:

Ediloja Cía. Ltda.

Telefax: 593-7-2611418.

San Cayetano Alto s/n.

www.ediloja.com.ec

edilojacialtda@ediloja.com.ec

Loja-Ecuador

ISBN digital - 978-9942-39-170-4



Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

Usted acepta y acuerda estar obligado por los términos y condiciones de esta Licencia, por lo que, si existe el incumplimiento de algunas de estas condiciones, no se autoriza el uso de ningún contenido.

Los contenidos de este trabajo están sujetos a una licencia internacional Creative Commons **Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 (CC BY-NC-SA 4.0)**. Usted es libre de **Compartir** – copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. **Adaptar** – remezclar, transformar y construir a partir del material citando la fuente, bajo los siguientes términos: **Reconocimiento** – debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciatario. **No Comercial** – no puede hacer uso del material con propósitos comerciales. **Compartir igual** – Si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original. No puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Índice

Índice

1. Datos de información.....	9
1.1. Presentación de la asignatura	9
1.2. Competencias genéricas de la UTPL	9
1.3. Competencias específicas de la carrera.....	10
1.4. Problemática que aborda la asignatura.....	10
2. Metodología de aprendizaje.....	11
3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje.....	12
Primer bimestre	12
Resultado de aprendizaje 1 y 2	12
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje	13
 Semana 1	13
 Unidad 1. Introducción a psicofarmacología	13
1.1. Historia de la psicofarmacología	14
1.2. Psicofarmacología en la actualidad.....	15
Actividades de aprendizaje recomendadas	18
Autoevaluación 1	19
 Semana 2	22
 Unidad 2. Los principios de la neurotransmisión química.....	23
2.1. Estructura y función de la neurona.....	24
2.2. Sinapsis y neurotransmisión.....	33
Actividades de aprendizaje recomendadas	37
Autoevaluación 2	39
 Semana 3	42

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Unidad 3. Los receptores y enzimas como objetivos de la acción de los fármacos y propiedades especiales de los receptores	
.....	43
3.1. Sistema nervioso desde el punto de vista químico.....	43
3.2. Transportadores, receptores, canales iónicos y enzimas como objetivos de los psico fármacos	47
Actividades de aprendizaje recomendadas	52
Autoevaluación 3	53
Resultado de aprendizaje 3	56
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje	56
 Semana 4	56
Unidad 4. Principios de farmacocinética y farmacodinámica	57
4.1. Farmacocinética: definición, transporte pasivo, transporte especializado: activo, difusión facilitada, y pinocitosis ...	57
4.2. Farmacodinamia: Definición.....	70
Actividades de aprendizaje recomendadas	74
Autoevaluación 4	76
 Semana 5	79
Unidad 5. Agonistas y antagonistas.....	79
5.1. Receptores fisiológicos: Generalidades, clasificación: Agonistas, antagonistas, y agonistas inversos	80
Actividades de aprendizaje recomendadas	84
Autoevaluación 5	85
Resultado de aprendizaje 4	88
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje	88
 Semana 6	88
Unidad 6. Farmacología de la depresión y trastornos bipolares....	89

6.1. Depresión: neurobiología, definición, síntomas, medicación utilizada	90
Actividades de aprendizaje recomendadas	90
Autoevaluación 6	91
Semana 7	94
6.2. Trastornos bipolares: neurobiología, definición, síntomas, medicación utilizada	94
Actividades de aprendizaje recomendadas	104
Autoevaluación 7	106
Resultado de aprendizaje 3, 4 y 5	109
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje	109
Semana 8	109
Actividades finales del bimestre.....	109
Actividades de aprendizaje recomendadas	111
Segundo bimestre	112
Resultado de aprendizaje 4	112
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje	113
Semana 9	113
Unidad 7. Farmacología de los trastornos de ansiedad, toc y relacionados con traumas y factores de estrés.....	113
7.1. Neurobiología, definición, síntomas, medicación utilizada	118
Actividades de aprendizaje recomendadas	123
Autoevaluación 8	124
Semana 10	127

Unidad 8. Farmacología de la psicosis y esquizofrenia	127	Índice
8.1. Neurobiología, definición, síntomas, medicación utilizada.	129	Primer bimestre
.....	
Actividades de aprendizaje recomendadas	132	Segundo bimestre
Autoevaluación 9	133	Solucionario
Resultado de aprendizaje 6	136	Glosario
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje	137	Referencias bibliográficas
Semana 11	137	Anexos
Unidad 9. Psicofarmacología de la recompensa y sustancias de abuso.....	137	
9.1. Neurobiología de la recompensa y de la drogadicción, definición, signos y síntomas del abuso de sustancias, generalidades	140	
.....	
Actividades de aprendizaje recomendadas	143	
Autoevaluación 10	144	
Semana 12	148	
9.2. Factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento, psicoeducación y prevención	148	
.....	
Actividades de aprendizaje recomendadas	156	
Autoevaluación 11	157	
Semana 13	160	
Unidad 10. Potenciadores cognitivos: los estimulantes y los agentes pro допаминérgicos/pro noradrenérgicos como potenciadores de la atención	160	
10.1.Generalidades, metilfenidato, anfetaminas, no estimulantes y modafinilo.....	162	
.....	
Actividades de aprendizaje recomendadas	166	

Autoevaluación 12	167
Semana 14	170
Unidad 11. Tradiciones ancestrales relacionadas al consumo de sustancias (tema de interculturalidad)	170
Actividades de aprendizaje recomendadas	172
Autoevaluación 13	173
Semana 15	176
Unidad 12. Influencias interculturales en el consumo de sustancias. (Tema de interculturalidad)	176
12.1. Influencia social de los compañeros, el aprendizaje social, el apoyo social, las redes sociales, subculturas desviadas e identificación de grupos.....	178
Actividades de aprendizaje recomendadas	182
Autoevaluación 14	183
Resultado de aprendizaje 4 y 6	186
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje	186
Semana 16	186
Actividades finales del bimestre.....	186
Actividades de aprendizaje recomendadas	189
4. Solucionario	190
5. Glosario	206
6. Referencias bibliográficas	225
7. Anexos	231

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos



1. Datos de información

1.1. Presentación de la asignatura



1.2. Competencias genéricas de la UTPL

- Comunicación oral y escrita.
- Pensamiento crítico y reflexivo.
- Trabajo en equipo.
- Comunicación en inglés.
- Comportamiento ético.
- Organización y planificación del tiempo.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

1.3. Competencias específicas de la carrera

- Comprende los fundamentos históricos, biológicos y sociales de la psicología para cimentar el ejercicio profesional.
- Analiza las teorías, modelos y postulados de la salud mental, conducta normal y patológica con las etapas vitales que compone a un individuo íntegramente, así como a su sistema social.

1.4. Problemática que aborda la asignatura

La psicofarmacología es una disciplina que evoluciona de manera continua, enfocada en el aspecto neurobiológico de los trastornos psicopatológicos, y las terapias farmacológicas indicadas para cada caso. Las sustancias psicoactivas usadas ya sean por indicación médica o por abuso, influyen a nivel de sustratos bioquímicos, enzimas, canales iónicos, etc. Es indispensable tener una base sólida en conocimientos biológicos y neurobiológicos del comportamiento humano, para comprender, como, determinado psicofármaco llega a repercutir en el curso de un trastorno psicopatológico. Esta asignatura se ha propuesto en la malla curricular, para llegar a un análisis integral del esquema farmacológico que esté pautado en el paciente, pudiendo así asistir a una intervención adecuada, con el fin de obtener pertinencia en el efecto terapéutico.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos



2. Metodología de aprendizaje

La metodología en esta asignatura se encuentra adecuada para la modalidad a distancia, hace uso de las TICS a través del EVA, donde los distintos recursos didácticos, importantes para la comprensión de las bases teóricas, análisis de casos prácticos, foros , chats académicos, revisión de artículos, incentivarán a una mayor búsqueda de información, como consecuente se llegará al aprendizaje, haciendo énfasis en que el alumno tiene el papel protagónico mediante el uso de éstas herramientas para la consolidación de este conocimiento. A lo largo de este curso se encuentran programadas actividades, las que se evaluarán al final de cada unidad. La metodología que se llevará a cabo durante toda la asignatura se basará en el aprendizaje basado en competencias, teniendo como objetivo la adquisición del conocimiento, el desarrollo de habilidades y el fortalecimiento de conceptos e ideas.



3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje



Primer bimestre

Resultado de aprendizaje 1 y 2

Conocer y comprender las principales fechas en la historia de la Psicofarmacología.

Comprender el enfoque de la Psicofarmacología en la actualidad.

Usted estimado estudiante, conocerá las fechas claves que dieron origen a esta vertiente, y cómo estos eventos se concatenan a la evolución de la actual psicofarmacología. A través de esta unidad usted evidenciará cómo el uso de fármacos se convierte en parte de un tratamiento combinado o integral.

En la semana 1 comenzaremos leyendo en el texto básico Introducción a la psicofarmacología, luego observaremos el video de [Historia de la Psicofarmacología](#) (Rodríguez, 2021), el cual nos permitirá tener una visión más clara de las fechas relevantes entorno al desarrollo de la psicofarmacología desde la antigüedad hasta la actualidad, veamos este interesante material, en base al mismo se podrá realizar una línea cronológica de los eventos más importantes

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje



Semana 1



Unidad 1. Introducción a psicofarmacología

Según observaremos los hallazgos que se han ido develando, han sido fruto de planteamientos de hipótesis, e incluso producto de casos fortuitos, aún desconocemos etiologías de muchos trastornos mentales, mayor oferta en opciones de tratamientos más efectivos y con menor presencia de efectos secundarios, en parte por falta de comprensión cabal de mecanismos subyacentes de fenómenos psicológicos y procesos neurobiológicos, por esto para los integrantes del área de salud mental debe ser estrictamente prioritario, una formación sólida en esta disciplina, ya que con el conocimiento de los psicofármacos se certificará su uso adecuado.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

1.1. Historia de la psicofarmacología

Esta unidad es muy interesante, hagamos esfuerzo en poner mucha atención en cada una de estas fechas o peldaños que llevan a esta vertiente crecer a pasos agigantados a la par de las neurociencias. Podríamos considerar estos hitos como las bases de esta disciplina médica (Uruchurtu, 2010).

Emil Kraepelin es considerado como el precursor de esta ciencia, con sus experimentos, observando efectos de diferentes sustancias psicoactivas, sobre procesos cognitivos; tenía un enfoque somaticista.

Eugene Bleuler, reelaboró las teorías de Kraepelin, y fue el que puso nombre a esta vertiente.

El factor social es una de las piezas centrales que en ciertas etapas (como en el siglo XIX, y XX) promovieron el aporte científico, pero en otras como en la época del Renacimiento, por influencias del tipo religioso, se produjo un efecto desfavorable, enlentecimiento para el tan ávido camino de la ciencia.

Descubrimientos de psicofarmacología el siglo XX

Se evidenció con hechos experimentales que hay una modulación de la conducta bajo el efecto de sustancias químicas, se planteó la potestad de poder controlar los procesos psicopatológicos; he aquí el nacimiento de la investigación de los sustratos biológicos y su aplicación en la práctica clínica.

¿HALLAZGO O DESCUBRIMIENTO?

La acción profiláctica del litio fue descubierta por accidente, inicialmente su tratamiento era para la gota.

El indicativo de la clorpromazina fue el de sedante, se descubre el efecto antipsicótico al emplearla en paciente con diagnóstico de Esquizofrenia.

El primer inhibidor de la monoamino-oxidasa, la iproniazida, fue empleada como antituberculoso, al observar efecto favorable en estado de ánimo, concluyen que tiene efecto antidepresivo.

Con el uso de carbamazepina, en pacientes con epilepsia, se observa mejoría en su estado de ánimo, y dio apertura para pautarlo como estabilizador del ánimo.

Nota: Modificado de Caldwell, 1978.

Al realizar la lectura en el texto guía, y observar el presente cuadro, nos deleitamos en cuán ingeniosos fueron muchos personajes de la ciencia que en la búsqueda de tratamiento ante una patología obtuvieron gran resultado para otra, es lo que se conoce con el término inglés, *serendipity*.

1.2. Psicofarmacología en la actualidad

El desarrollo de teorías como la célebre, dopaminérgica, explicando mecanismos probables neurobiológicos de la esquizofrenia o la teoría monoaminérgica explicando las bases de la depresión, nos mantiene con la esperanza de que exista mayor impulso para revelar las incertidumbres de etiologías de muchos trastornos mentales y a su vez llegar a conocer tratamientos más asertivos con menos efectos secundarios, asegurando la adherencia terapéutica.

Estimados estudiantes, tenemos una amplia gama en las definiciones de esta disciplina, conoceremos los conceptos de los autores más relevantes de nuestro siglo:

- Stahl (2014) afirma “Que la psicofarmacología se orienta al descubrimiento de fármacos y a la comprensión de sus acciones en el sistema nervioso central” (p. 14).
- Bloom (2012) destaca “Como uno de los principales objetivos de la psicofarmacología es el empleo de fármacos para descubrir los mecanismos que operan en el sistema nervioso central y las bases biológicas de procesos mentales complejos” (p. 510).
- Pinel (2003) enfatiza “Que la psicofarmacología tiene su interés en la manipulación neural y de la conducta a través de fármacos” (p. 50).

Veamos los siguientes términos generales para así poder realizar un uso adecuado a lo largo de estas unidades. Sustancias psicotrópicas, drogas psicoactivas, y drogas psicoterapéuticas. Estos agentes han sido divididos de manera clásica en las siguientes categorías: antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del ánimo o antimaniacales, y ansiolíticos (Sadock, et al. ,2019). Al pasar del tiempo, estas distinciones reflejan menor validez de lo que se expondrán las razones en el siguiente cuadro:

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Razones por las que ha perdido validez esta categorización clásica

- Fármacos de una clase son utilizadas para tratar patologías asignadas previamente a otro grupo de fármacos, citando ejemplo: Antidepresivos se utilizan como ansiolíticos.
- Fármacos que en primera instancia se indicaban para trastornos psicóticos, también se utilizan para trastornos de estado de ánimo.
- Fármacos de las categorías previamente citadas se utilizan para trastornos afectivos, trastornos del sueño, trastornos alimenticios, trastornos conductuales asociadas a la demencia, y los trastornos del control de impulsos.
- Muchos de los ansiolíticos se comportan como hipnóticos en altas dosis, y todos los hipnóticos en bajas dosis pueden ser utilizados como sedantes diurnos.

Nota: Obtenido de Sadock, et al. (2019).

En el cuadro anterior se demuestra los diferentes puntos en los que la psicofarmacología clásica ha quedado obsoleta en la actualidad, ya sea por una utilización más amplia de fármacos o para generar diferentes efectos en los individuos tratados.

En el anexo 1 encontraremos los diferentes tipos de hormonas que contienen los vertebrados.

Anexo 1. Principales hormonas de los vertebrados

[Ir a anexos](#)

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad recomendada 1: Realice resumen con las fechas decisivas que influyeron en el desarrollo de psicofarmacología. Para el desarrollo de esta actividad usted debe realizar una lectura de la unidad 1, luego identificar los hechos y fechas decisivas que influyeron en el desarrollo de la misma, para finalmente elaborar el resumen.

Con esta asignación, usted podrá lograr un extracto que permitirá evocar información precisa y se ubicará en las fechas claves que incidieron en esta ciencia médica, como, por ejemplo, que Janssen, en 1957 sintetiza el Haloperidol.



Autoevaluación 1

Con la presente actividad usted podrá autoevaluar el nivel de aprendizaje por medio del cuestionario.

1. A lo largo de la historia de la psicofarmacología se ha observado que muchos de sus descubrimientos obedecen a un desarrollo lógico, obedeciendo a las hipótesis del tipo:
 - a. Patogénicas.
 - b. Somáticas.
 - c. Psicológicas.
 - d. Todas las anteriores.

2. La ciencia de la psicofarmacología inicia con experimentos que permitían observar los efectos de diferentes sustancias psicoactivas, sobre procesos cognitivos. Indique quién es el precursor de esta ciencia:
 - a. Emil Kraepelin.
 - b. Eugene Bleuler.
 - c. Sigmund Freud.

3. En el año 1952, se descubrió el efecto antipsicótico de la clorpromazina. Señale quién o quiénes realizaron el descubrimiento:
 - a. Albert Hofmann.
 - b. Delay y Deniker.
 - c. Janssen y Stahl.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

4. ¿Qué significa serendipity?
 - a. Descubrimiento realizado por accidente y sagacidad.
 - b. Descubrimiento realizado por error.
 - c. Descubrimiento realizado por obligación.
5. En la medicina pretécnica qué tipo de actitudes se presentan:
 - a. Mágicas.
 - b. Religiosas.
 - c. Filosóficas
6. La utilización de los psicofármacos se inicia con:
 - a. Babilonios.
 - b. Egipcios.
 - c. Grabados precolombinos.
 - d. Todas las anteriores.
7. ¿Cuál droga no fue una de las primeras consumidas por el hombre?
 - a. Coca.
 - b. Cannabis.
 - c. LSD.
 - d. Opio.
8. ¿Cuál fue el personaje que desarrolla el primer modelo teórico de locura?
 - a. Galeno.
 - b. Platón.
 - c. Hipócrates.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

9. El Renacimiento fue una época de retroceso, influyeron:
- a. Corrientes políticas.
 - b. Superstición, brujería y magia.
 - c. Corrientes filosóficas.
10. Señale quién afirma: “Que la psicofarmacología se orienta al descubrimiento de fármacos y a la comprensión de sus acciones en el sistema nervioso”:
- a. Stahl.
 - b. Bloom.
 - c. Pinel.

[Ir al solucionario](#)



Semana 2

La semana 2 dará inicio con la lectura del apartado “Los principios de la neurotransmisión química”. Posteriormente se dará comienzo con la lectura comprensiva de los subtemas “Estructura y función de la neurona” y “Sinapsis y neurotransmisión”, en el texto guía. Se aconseja ver los siguientes videos: “[La neurona: Clasificación, estructura y funciones](#)” (Multichannel, 2017), para mejorar la comprensión de la neurona como unidad básica del cerebro, y la clasificación dependiendo de su forma y finalidad, las estructuras que la conforman como axón, soma y dendritas; y el video “[Neurotransmisores y receptores](#)” (Gonzales, 2020), servirá para un mejor entendimiento de la interacción que se produce entre las neuronas, en la sinapsis mediante los neurotransmisores entre las terminales del axón y las dendritas.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos



Unidad 2. Los principios de la neurotransmisión química

Para ayudar a comprender los mecanismos de actuación de los psicofármacos debemos estudiar la neurona, unidad básica de la neurotransmisión, es una célula muy especializada, que compone el sistema nervioso, y se encarga de recibir, procesar y enviar señales a manera de neurotransmisores a lo largo del sistema nervioso y a otras células del cuerpo.

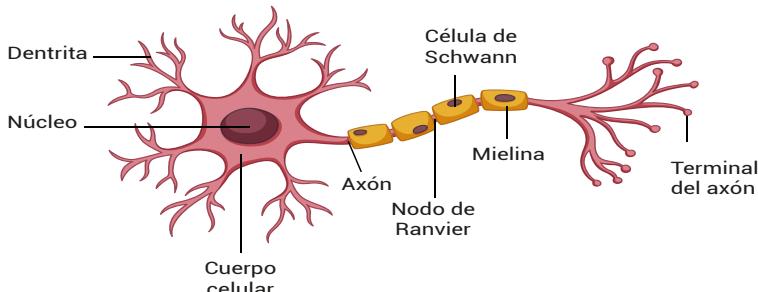
El sistema nervioso está compuesto por un circuito neuronal que cumple la función de transmisoras y las neuroglías también llamadas glías que cumplen la función de soporte para la célula, llegando a tener interacción con la acción neuronal como se evidencia en varios estudios (Martínez-Gómez, 2014). Un dato importante es la casi nula reproducción de estas células, pero pueden originarse por la neurogénesis en las zonas subgranular y subventricular (Raffino, 2020).

Durante la mayor parte del siglo XX se presentaron dos mecanismos para trasmisión de información en el sistema nervioso. El primero indica una comunicación mediante potencial eléctrico conformado por una cadena entre las diversas neuronas; el segundo mecanismo sugería que las neuronas se comunicaban de manera química, liberando desde los botones sinápticos sustancias, y de esta manera trasmitiendo señales a células excitables a través de contactos sinápticos (Brenner Craig, 2019). La evidencia actual apunta que los dos mecanismos son correctos, pero la mayor cantidad de comunicación entre la sinapsis se da por medio de trasmisores químicos (neurotransmisores).

2.1. Estructura y función de la neurona

a. Estructura de la neurona

Figura 1.
Estructura principal de la neurona



Nota: Obtenido de User: Dhp1080 (2007).

Para un mejor entendimiento y comprensión se va dividir en tres elementos principales los cuales se muestran en la Figura 1.

El cuerpo celular o soma es desde donde se prolongan las dendritas y los axones. Está constituido por el retículo endoplasmático, aparato de Golgi, ribosomas y mitocondrias. Su función es canalizar la información interna u obtenida por medio de las dendritas. El núcleo cumple con la misión principal de producir la mayor parte del ARN.

Las dendritas son citoplasmas que nacen desde el cuerpo celular, se prolongan hacia otras neuronas, axones o células sensitivas. Es una estructura especializada que no está recubierta de mielina, encargada del intercambio de información por medio de interconexiones y sinapsis (Raffino, 2020).

El axón generalmente es alargado y puede llegar al metro de largo y su espesor puede variar dependiendo del tipo de neurona. La neurona puede tener entre uno y dos axones, hay casos en los que no se presenta ninguno, como en las neuronas especializadas (Rye et al., 2016). El axón tiene como función la de transmitir información (impulso nervioso).

Estructuras relacionadas con el axón

Dentro de la neurona podemos encontrar como en otras células la membrana plasmática, que está compuesta por fosfolípidos, colesterol y glucolípidos. Los lípidos se disponen en forma de una doble capa, mientras que las proteínas lo hacen en una capa fluida hacia ambas superficies. La superficie de la membrana es asimétrica, sobresaliendo proteínas y oligosacáridos hacia afuera o hacia adentro de la célula. Esta membrana sirve como frontera, y contribuye a la homeostasis celular.

Otro elemento que está presente en toda la neurona es el citoesqueleto que cumple una función estructural, es decir, dar forma y rigidez a la neurona, y a su vez contribuye al transporte de información (Khanacademy, 2017). El citoesqueleto de las neuronas está formado por filamentos proteicos: los microtúbulos, los microfilamentos y los neurofilamentos o filamentos intermedios.

b. Función de la neurona

Continuaremos con el estudio de la función de la neurona. Se puede generalizar que todas las neuronas cumplen con tres tareas básicas:

- Obtener información (estímulos nerviosos).
- Componer dicha información para establecer si es preciso trasmitirla por medio del axón a otra neurona o célula.
- Comunicar la información por medio de la sinapsis.

El funcionamiento dentro de la neurona está regido por una naturaleza electroquímica, esto posibilita la trasmisión de información (impulso nervioso) dentro de la neurona, desde las dendritas pasando por el cono axónico, el axón, hasta llegar a los botones terminales (botones axónicos), en donde se produce la

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

sinapsis. El impulso nervioso que viaja dentro de la neurona se transporta gracias a la membrana celular cargada, por la diferencia de potencial eléctrico medido en milivoltios (mv) y los gradientes de concentración de las sustancias químicas que tiene cargas eléctricas como el sodio, potasio y calcio. (Purves et al., 2018)

Alrededor y en la neurona se encuentran iones cargados positivamente (sodio y potasio) así como iones cargados negativamente (cloruro y aniones orgánicos).

Potencial de membrana

La membrana bicapa lipídica, es impermeable a moléculas o iones cargados, de tal manera que las capas hidrofílicas se dirigen hacia la parte acuosa (medio extracelular) y las hidrofóbicas, se ponen perpendicularmente a la solución acuosa. Las características hidrofílicas o hidrofóbicas dependen de los fosfoglicéridos y de carbohidratos de las diferentes caras o de la membrana. Dependiendo de la naturaleza y estado de estos componentes de la bicapa será posible el transporte de sustancias, pudiendo generar el efecto deseado del psicofármaco.

La diferencia de potencial en la membrana indica que esta se encuentra polarizada; en cambio, si el potencial pasa de negativo a positivo se tendría una membrana despolarizada. La hiperpolarización de la membrana ocurre cuando el potencial se vuelve más mucho más negativo que el potencial en reposo. (Rye et al., 2016)

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Los canales de iones permiten la trasmisión de iones a favor del gradiente de concentración. Algunos canales iónicos deben activarse para abrir y permitir que los iones pasen dentro o fuera de la celda. Los canales de iones que cambian su estructura en respuesta a los cambios de voltaje se denominan canales iónicos cerrados por voltaje. Los canales iónicos con tensión regulan las concentraciones relativas de diferentes iones dentro y fuera de la célula esto se traduce a una permeabilidad selectiva. (Rye et al., 2016) Si existe permeabilidad hacia los iones de K se denominará canales de potasio, en cambio si la permeabilidad es en los iones de Na se llamará canales de sodio.

Los trasportadores de iones: se asemejan a bombas que transportan de manera activa a los iones cargados, ayudados por la energía proporcionada por el adenosintrifosfato, mueven los iones para establecer el gradiente de concentración (Purves et al., 2018).

Nota: Recopilado de Purves et al. (2018); Rye et al, (2016).

En el cuadro nos aporta la información de la estructura de la pared de la neurona y las diferentes vías de trasmisión iones, entre el interior y exterior de la célula, lo que a su vez genera el potencial de membrana.

El potencial de reposo

En este estado la neurona no está trasmitiendo información, se encuentra predisposta a dar inicio a un impulso nervioso, la neurona esta polarizada con una carga negativa (-70mv) debido al desbalance de cargas positivas fuera de la neurona y negativas dentro. Este estado de reposo se puede mantener durante largo tiempo siempre que la neurona no reciba estímulos. (Byrne, 2016)

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Como se indicó anteriormente el potencial de membrana en reposo se origina mediante la diferencia en la cantidad de cationes de potasio fuera y dentro de la neurona. La mayoría de las neuronas tiene una mayor cantidad de iones de potasio dentro de ellas.

El potencial de reposo se origina enviando cationes fuera de la neurona, de esta manera se crea una carga de potencial negativo dentro de la célula, originado por dos causas: a) una mayor permeabilidad de la membrana al movimiento de iones de potasio que al de sodio, y b) que la célula posea más canales iónicos de potasio que de sodio lo que origina una mayor difusión del primer catión fuera de la neurona de manera más rápida (Khanacademy, 2017). El resultado de una mayor migración de cationes fuera de la célula de los que emigran dentro, provoca que la neurona se cargue negativamente. Las acciones de la trasportadora de iones (bomba de potasio-sódico) ayudan a mantener el potencial de reposo de manera indefinida. Hay que tener presente que los trasportadores de iones poseen dos iones K en la célula, mientras que eliminan tres iones Na por ATP consumido. (Rye et al., 2016)

Tabla 1.

Concentraciones intracelulares y extracelulares de iones

Concentraciones intracelulares y extracelulares de iones		
	Concentración (mm)	
Ion (Humanos)	Intracelular	Extracelular
Potasio	140	4 - 5
Sodio	5-15	145
Cloro	4-30	110-123
Calcio	0,0001	1,5 -2

Nota: Recopilado de Purves et al., (2018).

La Tabla nos ayudará a entender las concentraciones de elementos en forma de iones que se encuentran fuera y dentro de la célula. Estas diferencias de concentraciones posibilitan el potencial de acción.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)

El potencial de acción

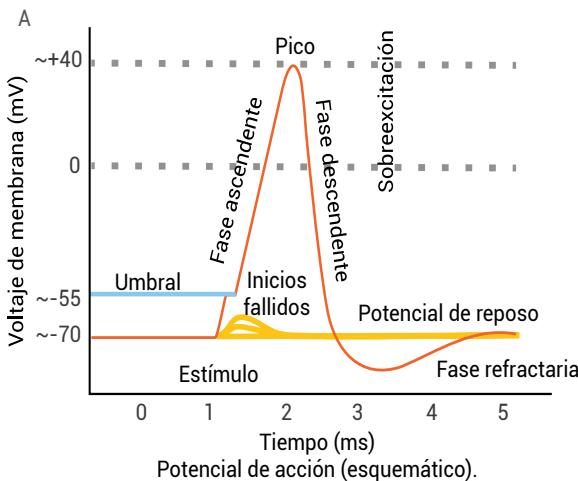
Esta etapa es un todo o nada, ya que si no se lleva al umbral de estimulación la neurona seguirá en reposo. El potencial de acción es el cambio de la carga eléctrica que va de -70mv (reposo) a +40mv (pico de acción) pasando por el umbral de estimulación de -55V; aproximadamente esta acción abarca solo una pequeña parte del total del axón. Este cambio de potencial se origina cuando la neurona recibe información (neurotransmisores) de fuentes externas en la sinapsis.

Como se indicó, las dendritas reciben la señal por medio de canales iónicos, por estos pasan cationes hacia dentro de la neurona posibilitando una despolarización parcial. Si la señal es lo suficientemente fuerte para que el potencial de la membrana llegue al umbral de estimulación, los canales iónicos de sodio permitirán el paso desde fuera de la neurona hacia dentro de iones de sodio propiciando una despolarización completa llegando a la cima. En el pico del potencial de acción los canales iónicos de potasio se abren migrando fuera de la neurona, a la par que los canales de sodio se cierran.

Luego de llegar a la cima o pico, la concentración de potasio dentro de la neurona se reduce, lo que aumenta el gradiente de potencial generando la repolarización de la membrana hasta llegar a la hiperpolarización.

Figura 2.

Diagrama del potencial de acción desde el reseteo del potencial hasta la hiperpolarización



Nota: Obtenido de Dadez (2011).

Desplazamiento potencial de acción por medio del axón. Este desplazamiento ocurre al activar posteriores potenciales de acción como si fuera una reacción en cadena a lo largo del axón. El primero afectará al siguiente de la cadena, donde los canales iónicos darán inicio a un nuevo potencial de acción hasta llegar a los botones terminales. Esa secuencia de potenciales de acción desde la base del axón hasta su final es lo que se conoce como un impulso nervioso. (Khanacademy, 2017)

El período refractario

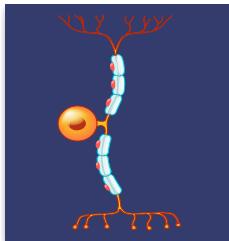
Es el tiempo que tarda la neurona en retornar al potencial de reposo. Durante ese período de recuperación, la neurona es incapaz de emitir otro potencial de acción. Se caracteriza por una hiperpolarización debido a trasmisión de iones de potasio fuera de la neurona, volviéndola más negativa que el potencial de reposo. Llegando a este punto la neurona volverá a su estado inicial de reposo, ya que los canales abiertos de sodio se cerrarán (Khanacademy, 2017).

c. Tipos de neuronas

Figura 3.

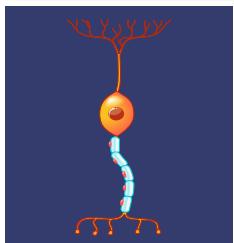
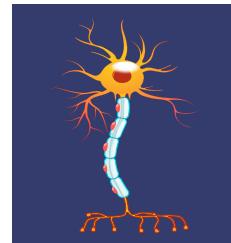
Clasificación de los tipos de neuronas por su función indicadas por Purves et al, (2018)

Por su función:



Sensoriales: Las neuronas sensoriales recaban información sobre lo que está sucediendo dentro y fuera del cuerpo, y la llevan hacia el SNC para que se pueda procesar. Por ejemplo, si recoges un trozo de carbón caliente, las neuronas sensoriales que tienen terminaciones en las yemas de tus dedos transmiten la información al CNS de que el carbón está muy caliente (Purves et al., 2018).

Motoras: Las neuronas motoras obtienen información de otras neuronas y transmiten órdenes a tus músculos, órganos y glándulas. Por ejemplo, si recoges un trozo de carbón caliente, las neuronas motoras que enervan los músculos de tus dedos causarían que tu mano lo soltara (Purves et al., 2018).



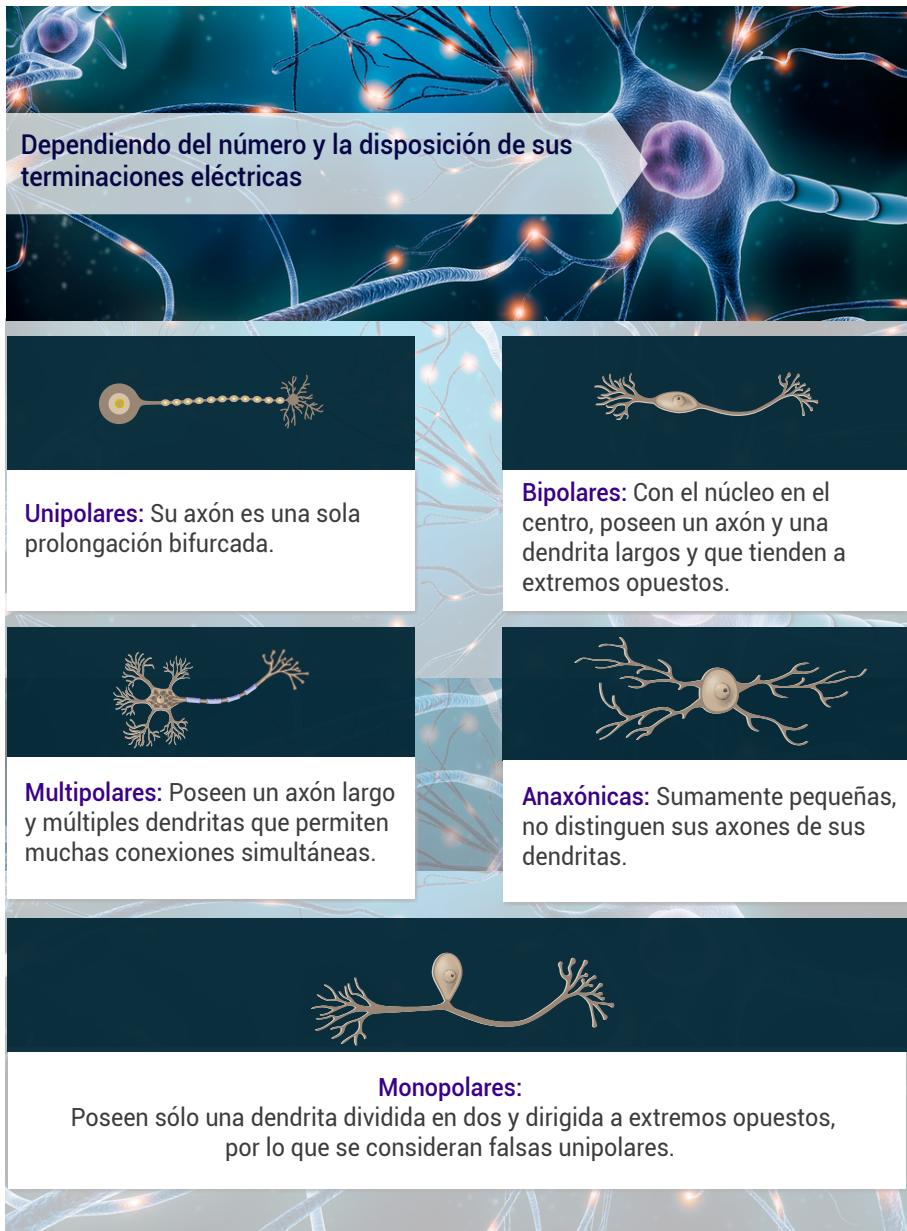
Interneuronas: Las interneuronas, que solo se encuentran en el SNC, conectan una neurona con otra. Este tipo de neuronas recibe información de otras neuronas (ya sean sensoriales o interneuronas) y transmiten la información a otras neuronas (ya sean motoras o interneuronas). Son el tipo más abundante de neuronas. (Purves et al., 2018).

Nota: Modificado de Purves et al. (2018).

Las neuronas presentes en nuestro cuerpo desempeñan diferentes funciones, en la anterior figura observamos las neuronas motoras que se encuentran esparcidas en nuestro cuerpo, al igual que las sensoriales; Las interneuronas se localizan en el sistema nervioso central.

Figura 4.

Tipos de neuronas dependiendo del número y la disposición de sus terminaciones eléctricas



Nota: Modificado de Torales y Andrés, (2017).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

En la Figura se clasifican las neuronas por su anatomía, todas ellas comparten un cuerpo o soma, lo que las diferencia es donde se localiza este cuerpo y si tienen uno o más axones.

2.2. Sinapsis y neurotransmisión

La neurotransmisión es la acción de transmitir información de una neurona a otra, posibilitando su comunicación. El lugar donde las neuronas se comunican y transmiten información de manera especial para obtener una reacción entre sí y/o con otras células, se llama sinapsis. En el apartado anterior se estudió como se mueve la información o el impulso nervioso a lo largo de la neurona, que a su vez genera neurotransmisores en los botones terminales, los cuales viajan hacia otra neurona formando una cadena de información que toma menos de una fracción de segundo. (Raffino, 2020)

Otro nombre por el cual se conoce a esta transmisión de información es: sinapsis nerviosa debido a su naturaleza tanto eléctrica como química (Byrne, 2016).

Tabla 2.

Tipos de neuronas en la sinapsis

Tipos de neuronas en la sinapsis

Neurona presináptica: Es la encargada de transmitir la información a otra neurona por medio de los neurotransmisores.	Neurona postsináptica: Recibe la información de los neurotransmisores.
---	--

Nota: Modificado de Torales y Andrés, (2017).

Estimado estudiante, como se puede observar en la tabla anterior clasificamos a las neuronas en presinápticas si son las que generan la información o estímulo y postsinápticas si son las receptoras de dicho estímulo.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

La sinapsis se puede clasificar en dos grandes tipos; dependiendo de cómo trasmitten la información de una neurona a otra. Estos son:

A. Sinapsis eléctricas

Las membranas de las dos neuronas se encuentran muy cerca posibilitando el contacto físico entre ambas. La membrana presináptica libera iones y moléculas de pequeño tamaño. Esta zona de íntimo contacto entre neuronas, donde se da la liberación de iones, recibe la denominación de unión hendida o de brecha. (Torales y Andrés, 2017) Esta unión contiene canales que conectan a las dos membranas de modo que cada par de canales forman un poro. El diámetro alcanzado por este canal es mayor del de un canal iónico, dando pie a que diversas sustancias (iones, moléculas) puedan viajar entre ambas neuronas. Esto permite que el ATP y otros metabolitos intracelulares importantes, como segundos mensajeros, sean transferidos entre las neuronas. (Purves et al., 2018)

Se debe recalcar que el potencial de acción desencadena la sinapsis eléctrica donde los iones cargados fluyen de manera pasiva por los poros de una neurona a otra (puede darse en ambas direcciones). Otra característica importante es la rápida trasmisión de información, dado que el flujo pasivo de iones a través de los poros se puede decir que es instantáneo. (Rye et al., 2016) Como punto final se tiene que este tipo de sinapsis tiene como propósito sincronizar la actividad eléctrica de poblaciones de neuronas.

B. Sinapsis químicas

En la sinapsis química no existe contacto físico, ya que los neurotransmisores se liberan en un espacio extracelular.

La información de una neurona a otra, es trasmittida por neurotransmisores que se encuentran dentro de vesículas sinápticas (esferas membranosas) desde los botones terminales axónicos de la

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

neurona presináptica hasta las dendritas de la neurona postsináptica (Torales y Andrés, 2017). La dinámica de cómo se completa la sinapsis se explica a continuación:

Luego que el potencial de acción llega a los botones terminales axónicos, la membrana se encuentra despolarizada, lo que causa una apertura de canales de calcio cerrados, los iones de calcio viajan al interior de la terminación presináptica de manera rápida, como resultado del gradiente de contracción, produciendo una gran elevación de la concentración de estos iones por un determinado tiempo (Purves et al., 2018). La elevación de los iones de calcio posibilita que las vesículas sinápticas se puedan acoplar en la pared de la membrana de la neurona presináptica y la posterior liberación de los neurotransmisores en la hendidura sináptica, que se unen con proteínas receptoras en la membrana postsináptica. (Rye et al., 2016) En la membrana de la neurona postsináptica los neurotransmisores alteran el potencial de la membrana lo que aumenta o disminuye la probabilidad de que la neurona dispare un potencial de acción (Purves et al., 2018), a estos dos resultados se los conoce como potencial excitatorio y potencial inhibitorio.

El ciclo de sinapsis química estará completo cuando el neurotransmisor sea eliminado de la membrana postsináptica, posibilitando que la neurona vuelva a un estado de reposo. Son cientos los mecanismos con los que cuenta la neurona para conseguir dicho propósito (Rye et al., 2016):

- La neurona presináptica puede reciclar los neurotransmisores.
- Degradar a los neurotransmisores por medio de enzimas.
- Trasmitir los neurotransmisores lejos de la hendidura simpática.

Tabla 3.

PEPS Y PIPS

Potenciales excitatorios postsináptico (PEPS)

Se lo conoce como al cambio de gradiente de membrana (la despolarizan) posibilitando alcanzar el umbral de acción de la neurona.

Un potencial de acción se puede lograr con la suma de varios PEPS.

En este tipo de sinapsis generalmente se liberan neurotransmisores excitadores como el glutamato o la acetilcolina y son fundamentalmente axodendríticas.

Potenciales inhibitorios (PIPS)

Este nombre se da cuando el gradiente de membrana tiene más posibilidades de mantenerse en un potencial de reposo (polarizada).

Los PIPS juegan el papel de antagonistas con respecto a los PEPS, debido a que los contrastan.

En este tipo de sinapsis generalmente se suelen liberar neurotransmisores inhibidores como el ácido gamma-aminobutírico (GABA) y la glicina que son fundamentalmente axosomáticas.

Nota: Los neurotransmisores pueden ser excitadores e inhibidores. Como su nombre lo indica los primeros tienden a despolarizar la célula postsináptica mientras que los inhibidores la mantienen polarizada. Obtenido de Khanacademy (2017).

En la Tabla anterior se nos presenta el PEPS como el estímulo acumulativo que puede desencadenar un potencial de acción, en este interviene el glutamato, la acetilcolina. El PIPS se presenta como antagonista ya que no genera despolarización de la membrana, haciendo que la neurona se mantenga en reposo.

Receptores sinápticos

Receptores Sinápticos

Estimado estudiante, una vez analizada la segunda unidad se puede indicar que el sistema nervioso está formado por neuronas y glía. Las neuronas son células especializadas que son capaces de enviar señales electroquímicas. Las partes principales de la neurona son: dendritas (reciben información), axón (transmite información a los

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

botones) y el soma (donde se encuentra el cuerpo principal y la mayoría de organelos de la célula). Las neuronas se pueden clasificar en: unipolar, bipolar, multipolar, y axónicas dependiendo de su disposición.

La función de las neuronas es: obtener información, componer dicha información para establecer si es preciso trasmisirla por medio del axón a otra neurona o célula y comunicar la información por medio de la sinapsis.

En el potencial de reposo la membrana se encuentra polarizada por las diferentes concentraciones de iones dentro y fuera de la neurona. El potencial de acción se da cuando la membrana se despolariza debido a un estímulo y pasa el umbral de excitación, este potencial se desplaza a lo largo del axón a los terminales los que liberan los neurotransmisores en la sinapsis.

La sinapsis es la unión por donde se comunican las neuronas, las sinapsis pueden ser químicas y eléctricas. En las sinapsis químicas se liberan neurotransmisores en la hendidura sináptica cuando se genera un potencial de acción, estos neurotransmisores son recibidos por los receptores en la neurona postsináptica. En la sinapsis eléctrica los iones viajan libres de una neurona a otra por medio de poros que unen de manera física a las dos células. Los receptores pueden clasificarse en presinápticos y postsinápticos los cuales cumplen funciones específicas durante la sinapsis.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad Recomendada 1: Realice una lectura comprensiva del tema: Sinapsis y neurotransmisión, y diseñe un cuadro sinóptico. Para el desarrollo de esta actividad debe realizar una lectura de la unidad 2, posteriormente, usted debe identificar las características

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

Anexos

de un receptor pre sináptico y postsináptico, finalmente diseñar el cuadro sináptico, de esta manera logrará identificar las sustancias y estructuras que intervienen en el intercambio de información.

En la siguiente actividad, usted evaluará el conocimiento adquirido; mediante el cuestionario.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos



Autoevaluación 2

1. Las neuronas contienen _____, que puede recibir señales de otras neuronas.
 - a. Axones.
 - b. Mitocondrias.
 - c. Dendritas.
 - d. Cuerpos Golgi.
 - e. Aminoácidos.

2. Para que una neurona dispare un potencial de acción, su membrana debe alcanzar _____.
 - a. Hiperpolarización.
 - b. El umbral de excitación.
 - c. El período refractario.
 - d. Potencial postsináptico inhibitorio.
 - e. Potencial presináptico.

3. Glía que proporciona mielina para las neuronas en el cerebro se llaman _____.
 - a. Células Schwann.
 - b. Oligodendrocitos.
 - c. Microglia.
 - d. Astrocytos.
 - e. Micro túbulos.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

4. La neurona _____ tiene un axón y una dendrita largos que tiende a extremos opuestos.
- Unipolar.
 - Bipolar.
 - Multipolar.
 - Anaxónicas.
 - Estrellada
5. Despues de un potencial de acción, la apertura de canales adicionales de _____, hacen que la membrana vuelva a su potencial de membrana en reposo.
- Sodio.
 - Potasio.
 - Calcio.
 - Cloruro.
 - Nitrógeno.
6. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?
- El soma es el cuerpo celular de una célula nerviosa.
 - La vaina de mielina proporciona una capa aislante a las dendritas.
 - Los axones llevan la señal del soma a los botones terminales axónicos.
 - Las dendritas llevan la señal al soma.
7. ¿De estos tipos de neuronas cual es la incorrecta?
- Unipolar.
 - Basal.
 - Bipolar.
 - Multipolar.
 - Sensorial.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

8. Indique la respuesta correcta: El receptor_____ suele regular la liberación de un neurotransmisor.
- Postsináptico.
 - Motor.
 - Presináptico.
 - Potencial.
 - Neural.
9. ¿Cuál de las siguientes etapas no está involucrada en la trasmisión de información dentro de la neurona?
- El potencial de reposo.
 - El potencial de acción.
 - La sinapsis.
 - El desplazamiento potencial de acción por medio del axón.
 - El período refractario.
10. Los bloqueadores de los canales de potasio, como la amiodarona y la procainamida, que se utilizan para tratar la actividad eléctrica anormal en el corazón, impiden el movimiento de potasio a través de canales cerrados por voltaje. ¿Qué parte del potencial de acción esperaría que los canales de potasio afectaran su cierre?
- Llegar al umbral.
 - La repolarización.
 - En el potencial de inicio.
 - Diminución del umbral del potencial de acción.
 - En los neurotransmisores.

Ir al solucionario

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)

Semana 3

La semana 3 abordará la lectura de la unidad “Los receptores y enzimas como objetivos de la acción de los fármacos y propiedades especiales de los receptores”.

A continuación, se procederá con la lectura comprensiva de los subtemas: “Sistema nervioso desde el punto de vista químico” y Transportadores, receptores, canales iónicos y enzimas como objetivos de los psicofármacos” en el texto guía; para tener un mejor entendimiento de los tipos de neurotransmisores que intervienen en el sistema nervioso y la interacción de los receptores los psicofármacos.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos



Unidad 3. Los receptores y enzimas como objetivos de la acción de los fármacos y propiedades especiales de los receptores

En el tema anterior se estudió sobre la neurotransmisión y la sinapsis, se va a ampliar el tema con los neurotransmisores, moléculas que pueden originar una actividad en una neurona postsináptica, estos pueden clasificarse en tradicionales y no tradicionales, dependiendo de su tamaño. Esto servirá como base para una mejor comprensión de los tipos de receptores. La importancia radica en saber que los receptores son los principales artífices de los efectos de un neurotransmisor y de la acción de diversos fármacos involucrados en el sistema nervioso.

Como se indicó en el anterior párrafo, el éxito de un fármaco está en el receptor, si este se puede unir a uno que trasmite un cambio en la actividad de la célula ya sea con una excitación o inhibición; a estos receptores que la molécula se puede acoplar de manera selectiva se les conoce como receptores farmacológicos.

3.1. Sistema nervioso desde el punto de vista químico

En el anterior subtema de “Sinapsis y neurotransmisión” se estudió los tipos de sinapsis que pueden ocurrir en la neurotransmisión (eléctrico y químico). Ahora se indicarán los diferentes tipos de neurotransmisores involucrados en la sinapsis los cuales se han catalogado en dos grandes grupos; los tradicionales y los no tradicionales.

a. Neurotransmisores tradicionales

Estos neurotransmisores se almacenan dentro de las vesículas sinápticas, que son liberadas cuando entran en juego los iones de calcio, estos se unen a receptores de las dendritas de la neurona postsináptica. En la actualidad se presentan más de 100 sustancias que funcionan como neurotransmisor, esta cantidad posibilita un gran número de mecanismos de transmisión química entre las neuronas. Para un mejor estudio se agrupará los distintos neurotransmisores tradicionales en categorías, como se observa en el siguiente recurso:

[Clasificación de los neurotransmisores tradicionales](#)

Para continuar, en el siguiente cuadro se resume la interacción que existe entre el neurotransmisor trasmisido desde las terminales del axón hacia los receptores existentes en las dendritas de otra neurona

Relación del neurotransmisor/receptor

Un neurotransmisor puede dar un potencial excitatorio o uno inhibitorio, ya que hay múltiples tipos de receptores para cada neurotransmisor, activando en las sinapsis múltiples proteínas receptoras diferentes. En conclusión, el efecto que produce un neurotransmisor en particular dependerá solamente del receptor en la célula postsináptica. (Khanacademy, 2017).

Nota: Recopilado de Khanacademy, (2017).

En conclusión, el estímulo solo se podrá generar si es el receptor indicado, en otras palabras, no importa cuántos neurotransmisores envíe la neurona presináptica si los receptores no son los apropiados no se producirá ninguna acción.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)

b. Neurotransmisores no tradicionales

Estos se agrupan en dos clases los endocannabinoides y los gasotransmisores. La característica que los diferencia de los tradicionales es que no se almacenan en las vesículas sinápticas, ni son liberados en las botones terminales presinápticos y se asocian a un intercambio de información con dirección opuesta, de la neurona postsináptica hacia la neurona presináptica. (Purves et al., 2018)

Tabla 4.
Características de los neurotransmisores

Neurotransmisor	Efecto postsináptico (más frecuente)	¿Activa receptores metabotrópicos?	Función/ Trastorno en los que pueden participar
Aminoácidos			
GABA	Inhibitorio	Sí	Ansiedad, enfermedad de Huntington
Glutamato	Excitatorio	Sí	Neurodegeneración, esquizofrenia, depresión.
Glicina	Inhibitorio		
Aminas biogénicas			
Dopamina	Excitatorio	Sí	Parkinson, esquizofrenia, depresión.
Noradrenalina	Excitatorio	Sí	Ansiedad, depresión, esquizofrenia, cognición.
Adrenalina	Excitatorio	Sí	
Serotonina	Excitatorio	Sí	Depresión, ansiedad/pánico/ TOC, esquizofrenia, alzhéimer, migraña, alucinaciones, trastornos alimenticios.

Neurotransmisor	Efecto postsináptico (más frecuente)	¿Activa receptores metabotrópicos?	Función/ Trastorno en los que pueden participar
Histamina	Excitatorio	Sí	Activación, cognición
Acetilcolina	Sí (excitatorio)	Sí	Alzheimer
Neuropéptidos (muchos)	Excitatorio e inhibidor	Sí	Dolor, estados de animo.

Nota: Modificado del Manual Merck Sharp & Dohme Corp. [Manual MSD] (Manual MSD), (2020); Purves, et al. (2018); OpenStax, (2016).

A partir del análisis de la información se concluye que los diferentes neurotransmisores se encuentran asociados entre inhibitorios y excitatorios, estos a su vez se relacionan con diversas enfermedades o trastornos, que se estudiarán más adelante.

Coexistencia de los neurotransmisores

Los más relevantes neurotransmisores en el sistema nervioso son la noradrenalina, dopamina, serotonina, acetilcolina, glutamato y GABA. En este punto la dopamina la noradrenalina, serotonina y acetilcolina conviven con diferentes neuropéptidos como son colecistoquinina (CCK), neuropeptida Y (NT), hormona liberadora de tirotropina (TRH) y orexina, actuando como (Aderson y McAllister-Williams, 2018):

- Neurotransmisores totales: desencadenan una respuesta propia.
- Neuromoduladores: como su nombre indica modulan otros neurotransmisores.

Vías del neurotransmisor

Dentro del sistema nervioso central encontramos tres tipos de vías en la que los fármacos y neurotransmisores se comunican:

- Las vías axonales largas ascendentes descendentes: Dentro de ella encontramos vías catecolaminérgicas, serotoninérgica, histaminérgica.

- Las vías axonales largas y cortas: se presentan con neuronas los trasmisores glutamato y GABA.
- Las vías intrarregionales cortas: se presentan como gabaérgicas, o neuropeptidérgicas.

3.2. Transportadores, receptores, canales iónicos y enzimas como objetivos de los psico fármacos

Los receptores son hidrofóbicos en contacto con la capa lipídica de la membrana celular y las estructuras tridimensionales, de naturaleza proteica, que tienen especificidad estereoquímica para identificar una sustancia, hormona o neurotransmisor. La cara interna del receptor está en contacto con la pared de la membrana, donde se desarrollan los procesos de fosforilación que transportan información desde la cara externa al interior de la célula. Los receptores pueden clasificarse, según su localización, en presinápticos y postsinápticos (Torales y Andrés, 2017).

Dentro de los presinápticos se encuentra a:

- Los autorreceptores, que autorregulan la liberación de neurotransmisores que salen de la neurona presináptica, de esta manera se puede controlar cuantos neurotransmisores hay en la hendidura sináptica.
- Los heterorreceptores, regulan neurotransmisores liberados por otra neurona dentro de la sinapsis, se activan como repuesta a neuronas adyacentes.

Receptores ionotrópicos y metabotrópicos

Los receptores ionotrópicos o canales iónicos regulados, determinan la apertura o cierre de canales y producen despolarizaciones (génesis de potenciales de respuesta excitatorios) o hiperpolarizaciones

(génesis de potenciales de respuesta inhibitorios). Son de respuesta rápida (1 milisegundo) y están regulados por neurotransmisores. Por otra parte, existen otros canales iónicos sensibles a voltaje, que se abren o cierran según la carga eléctrica a lo largo de la membrana neuronal en la que residen.

Los receptores metabotrópicos son moléculas independientes acopladas a proteínas G. Son de respuesta lenta (segundos y minutos) y están unidos a distintas unidades efectoras que pueden ser canales iónicos o enzimas que pueden generar segundos mensajeros y complejas cascadas bioquímicas.

a. Interacción fármaco-receptor

El más frecuente es el iónico, pero puede reforzarse con otros tipos de interacciones. Se supone que la interacción fármaco-receptor modifica la distribución de las cargas y la conformación del receptor y zonas limítrofes, lo cual desencadena una reacción multisecuencial que conduce finalmente a la aparición del efecto (Torales y Andrés, 2017).

b. Receptores de fármacos

Desde un punto de vista cuantitativo, las proteínas de las células constituyen la clase más importante de macromoléculas con las cuales los fármacos se combinan para producir sus acciones. Los receptores a fármacos son los siguientes:

- Enzimas, numerosos fármacos deben su poderosa y eficaz actividad a su capacidad de inhibir reacciones enzimáticas críticas para la función celular, al actuar sobre las enzimas que intervienen en la transformación de los productos endógenos. Los procesos de inhibición enzimática pueden ser reversibles o irreversibles. Los inhibidores reversibles pueden ser competitivos o no competitivos, según su punto de entrada en el esquema de la reacción enzima-sustrato.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

- Canales iónicos, transportan agua, iones de sodio, potasio y calcio debido al gradiente electroquímico. El canal iónico es una proteína transmembrana constituida por varias subunidades, su estructura a modo de conducto que permite el paso de un gran número de iones.
- Transportadores, permiten el movimiento de aminoácidos y otras moléculas a través de las membranas celulares. Los transportadores solo pueden fijar una o unas pocas moléculas al mismo tiempo. Los receptores se unen con el ligando (neurotransmisores) la transformación de la molécula, posibilitando su trasferencia al otro lado de la membrana, la velocidad del transporte debe ser menor que la del canal.
- Receptores fisiológicos proteínas receptoras de moléculas reguladoras fisiológicas.

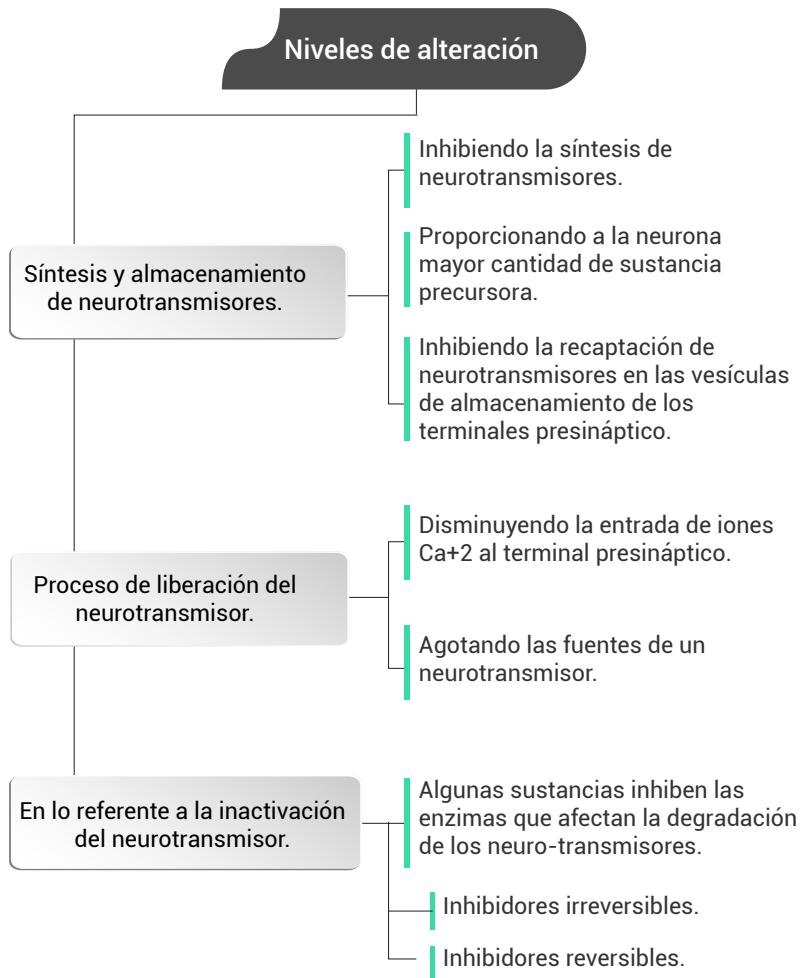
c. Dianas de la Acción Psicofarmacológica

La mayoría de las sustancias psicoactivas (psicofármacos y drogas de abuso), ejercen sus efectos sobre el sistema nervioso central al afectar los mecanismos de neurotransmisión química y una serie de objetivos moleculares (Aderson y McAllister-Williams, 2018). En el anexo 2 se puede observar una clasificación de los diferentes tipos de psicofármacos que producen un efecto en la persona.

[Ir a anexos](#)

La neurotransmisión química puede alterarse en alguno de los siguientes niveles (Torales y Andrés, 2017):

Figura 5.
Alteración del receptor



Nota: Modificado de Torales y Andrés, (2017).

En la figura anterior resumimos los tres niveles de alteración de los receptores dentro de la neurona, estos pueden generarse durante la génesis del neurotransmisor y su almacenamiento, en el momento de liberar el neurotransmisor en la sinapsis o inhibiendo el efecto del neurotransmisor en el receptor.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Estimado profesional en formación, a manera de síntesis de la unidad podemos indicar que dentro del sistema nervioso la neurotransmisión se realiza por medio eléctrico y químico. Los neurotransmisores son los encargados de trasportar la información en la sinapsis de una neurona a otra, y se pueden catalogar en tradicionales y no tradicionales.

Los neurotransmisores tradicionales se clasifican por su tamaño: pueden ser de molécula grande o pequeña Los de molécula pequeña más importantes son: acetilcolina, glutamato, glicina, GABA, dopamina, noradrenalina, serotonina e histamina.

Las aminas biógenas son moléculas de gran tamaño, controlan funciones dentro del encéfalo y el sistema nervioso periférico. Su mal funcionamiento o defecto en las aminas dan como consecuencia un amplio rango de trastornos psiquiátricos.

Un neurotransmisor puede dar un potencial excitatorio o uno inhibitorio, este efecto en particular dependerá solamente del receptor en la célula postsináptica. Los neurotransmisores no tradicionales son los que no se encuentran trasportados por vesículas sinápticas, ni son liberados en los botones presinápticos, dando un intercambio de información retrógrada.

Existen tres vías en que los fármacos se transmiten:

- Las vías axonales largas ascendentes descendentes.
- Las vías axonales largas y cortas.
- Las vías intrarregionales cortas.

Los receptores son proteínas hidrofóbicas con estructura tridimensional, tienen como función captar las sustancias, hormonas o neurotransmisores. Dependiendo de su ubicación estos pueden ser presinápticos (autorreceptores, heterorreceptores) o postsinápticos; en cambio, si se los clasifica por su función tenemos los ionotrópicos

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

(ligando) y metabotrópicos. Los fármacos se combinan con diferentes clases de receptores para producir diferentes efectos. Los receptores a fármacos son: enzima, canal iónico, transportadores, receptores fisiológicos.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad recomendada 1: Identifique el principio de neurotransmisión química, la polifarmacia natural. Para desarrollar esta actividad usted debe examinar con detalle los recursos colocados en el EVA- CANVAS, síntesis de la unidad 3, luego identificar las bases de la neurotransmisión química; lo cual ayudará a sentar las bases como requisito para comprender la acción de los agentes psicofarmacológicos.

Actividad recomendada 2: Diseñe un cuadro sinóptico de la clasificación de los receptores. Para realizar la actividad debe leer de manera comprensiva la unidad 3 y la síntesis, para identificar los tipos de receptores y su interacción con los fármacos, a continuación, elabore el cuadro sinóptico, de esta manera logrará identificar cómo influyen con los fármacos.

Con la presente actividad usted podrá autoevaluar el nivel de aprendizaje por medio del cuestionario.



Autoevaluación 3

1. En la neurotransmisión_____ intervienen neurotransmisores.
 - a. Química.
 - b. Física.
 - c. Eléctrica.
 - d. Química- eléctrica.
 - e. Esporádica.
2. Los neurotransmisores de manera general se clasifican en _____ y _____.
 - a. Proteínas- lípidos.
 - b. No tradicional- tradicional.
 - c. Depresivos- activos.
 - d. Moléculas grandes- moléculas pequeñas.
 - e. Presinápticos- postsinápticos.
3. ¿Cuál no es un neurotransmisor de molécula pequeña?
 - a. Acetilcolina.
 - b. Glutamato.
 - c. Péptido.
 - d. GABA.
 - e. Histamina.
4. ¿Cuál fue el primer neurotransmisor que se descubrió?
 - a. Glutamato.
 - b. Péptido.
 - c. GABA.
 - d. Histamina.
 - e. Acetilcolina.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

5. Cuál de las siguientes afirmaciones, es la correcta.
 - a. El neurotransmisor GABA pertenece al grupo de los “neurotransmisores de moléculas grandes”.
 - b. EL GABA es un aminoácido que se encuentra en las proteínas.
 - c. El efecto que producirá determinado neurotransmisor depende del tipo de receptor de la célula postsináptica.
 - d. La clasificación de los neurotransmisores tradicionales se la realiza por su función.
 - e. Los receptores a fármacos son los más resistentes a la influencia de sustancias.
6. Los receptores presinápticos dependiendo de su localización se pueden clasificar en:
 - a. Enzimas-transportadores.
 - b. Canales iónicos- postreceptores.
 - c. Autorreceptores-heterorreceptores.
 - d. Receptores ionotrópicos- despolarizados.
 - e. Dianas farmacológicas- neurotransmisores totales.
7. ¿Cuál de los siguientes literales no pertenece a la clasificación de los receptores-fármacos?
 - a. Enzimas.
 - b. Sustrato.
 - c. Canales iónicos.
 - d. Transportadores.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

8. La enfermedad de Huntington es una afección heredada, caracterizada por la degeneración neuronal en el transcurso del tiempo, además de la aparición progresiva de síntomas psiquiátricos y síntomas relacionados con el movimiento y cognitivos. En la que interviene especialmente un neurotransmisor el cual está marcadamente disminuido en los ganglios basales. Indique cuál es:
- a. Gaba.
 - b. Dopamina.
 - c. Noradrenalina.
 - d. Serotonina.
9. Indique cuál de los siguientes neurotransmisores tiene un efecto postsináptico inhibitorio:
- a. Gaba.
 - b. Glutamato.
 - c. Dopamina.
 - d. Serotonina.
10. Dentro del sistema nervioso central encontramos tres tipos de vías en la que los fármacos y neurotransmisores se comunican, señale cuáles se presentan con neuronas los neurotransmisores glutamato y GABA:
- a. Las vías axonales largas ascendentes y descendentes.
 - b. Las vías axonales largas y cortas.
 - c. Las vías intrarregionales cortas.

[Ir al solucionario](#)

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Resultado de aprendizaje 3

Conocer la farmacocinética y farmacodinamia de los diferentes psicofármacos.

Usted estimado estudiante, conocerá los fundamentos de la farmacocinética y farmacodinamia mediante la presente guía, y mapa conceptual de los procesos, buscando información mediante los REAs, realizando resúmenes y completando la autoevaluación.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje

Bienvenido a la semana 4 en la que abordaremos la lectura del texto guía “Principios de farmacocinética y farmacodinamia” correspondiente a la unidad 4. Se seguirá con la revisión del subtema “Farmacocinética: Definición, transporte pasivo transporte especializado: activo, difusión facilitada, y pinocitosis”, Observaremos el video “[Farmacocinética](#)” (Pharmacology – Pharmacokinetics (Made Easy), 2015), la finalidad de observar este video es profundizar más sobre los principios de la farmacocinética, cómo se transporta el fármaco dentro del organismo y de los procesos claves que intervienen en la farmacocinética. En base al video se podrá realizar un resumen de los conceptos más relevantes como retroalimentación.



Semana 4

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos



Unidad 4. Principios de farmacocinética y farmacodinámica

Los avances de la medicina en el ámbito psicofarmacéutico han dado grandes avances en la última década, desarrollando fármacos para un amplio grupo de trastornos psiquiátricos. Estos avances conllevan responsabilidad a la hora de preservar el bienestar del paciente; para lograr esta meta el profesional debe definir los objetivos terapéuticos, utilizar tratamientos adecuados y justificados, estar en continua actualización de los fármacos existentes en el mercado tanto de sus beneficios y efectos. (Torales y Andrés, 2017)

Un buen profesional en el área de la salud entenderá la importancia del buen manejo y conocimientos de los psicofármacos, de cómo el cuerpo afecta al fármaco (farmacocinética) y de cómo el fármaco afecta al cuerpo (farmacodinamia).

4.1. Farmacocinética: definición, transporte pasivo, transporte especializado: activo, difusión facilitada, y pinocitosis

La definición más corta de farmacocinética, estudia los efectos que el organismo infringe sobre el fármaco, podemos decir que es el movimiento del fármaco a través del organismo, hasta su salida. Otra definición más general, la farmacocinética estudia la concentración del fármaco en función del tiempo transcurrido desde la administración; todos los procesos ocurren en el organismo para poder predecir su acción terapéutica o su toxicidad en el individuo. (Torales y Andrés, 2017) Los pasos que debe seguir el fármaco para

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

que pueda mostrar un efecto comienzan con la liberación de su formulación, esta es transportada dentro de las células, a su vez, se produce la metabolización del fármaco hasta su total eliminación.

Para conducir los fármacos a través de las diferentes membranas (celular, pared intestinal, hematoencefálica, etc.), debemos tener en cuenta que estas actúan como barreras que obstaculizan el paso de moléculas; como se indicó en la unidad 1, la membrana está compuesta por una bicapa lipoide de fosfolípidos y colesterol, una de sus características es una permeabilidad a las sustancias solubles en grasa, y da paso a sustancias o fármacos pequeños como agua y moléculas hidrosolubles de manera rápida. (Pierre y Aristil, 2013)

La clasificación de los mecanismos de transporte del medicamento para que pueda penetrar la membrana, son los siguientes:

Tabla 5.
Clasificación del transporte

Transporte Pasivo

Difusión simple

Filtración

Transporte especializado

Transporte activo

Difusión facilitada

Pinocitosis

Nota: Modificado del Manual MSD, (2020).

En la tabla de clasificación de trasporte se observa una división, el pasivo no necesita ningún tipo de energía, mientras que el especializado es necesaria una pérdida de energía.

a. Transporte Pasivo

Difusión simple: Se define como la operación de transferir una sustancia o fármaco hacia el interior de la célula, atravesando la membrana que la protege por acción del gradiente de concentración (Pierre y Aristil, 2013). La mayoría de medicamentos que se suministran de manera oral utilizan la difusión simple, ya que son liposolubles y de pequeño tamaño, características que ayudan a pasar las membranas que siguen el gradiente de concentración, este proceso de difusión está controlado por la ley Fick. (Torales y Andrés, 2017)

Filtración: “La filtración puede definirse como el pasaje de una sustancia a través de una membrana celular, debido a un gradiente de presión hidrostática entre ambos lados de la misma. La membrana glomerular del riñón es un ejemplo de membrana filtrante” (Pierre y Aristil, 2013).

b. Transporte Especializado

Son modelos de transporte mucho más complejos que los mencionados anteriormente.

- **Transporte activo:** La entrada de sustancias a través de una membrana en contra de un gradiente de concentración. Este tipo de transporte requiere de un gasto de energía y predomina en: membranas de neuronas, plexo coroideo, células de los túbulos renales y hepatocitos (Pierre y Aristil, 2013). Los fármacos son absorbidos en partes del intestino delgado, este transporte puede estar mayormente enfocado a sustancias como vitaminas, azúcares, iones y aminoácidos (Manual MSD, 2020).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

- Difusión facilitada: Es un proceso mediante el cual un transportador se combina de manera reversible con una molécula (sustrato) que es poco liposoluble, ocurre fuera de la membrana, el compuesto formado por el transportador y el sustrato atraviesa la membrana interna de forma más rápida de lo normal, liberando las moléculas en la pared interna, este mecanismo no consume energía, ya que utiliza el gradiente de concentración. (Pierre y Aristil, 2013)
- Pinocitosis: Consiste en la captura de líquido o partículas por medio la creación de un pliegue (invaginación) que engloba las sustancias, formando pequeñas vesículas quedando dentro de la célula. Para este mecanismo se necesita energía. Este proceso puede tener importancia para la captación de moléculas voluminosas (Pierre y Aristil, 2013). Cumple un papel menor en fármacos en trasporte de medicamentos, con excepción de los de compásión proteica (Manual MSD, 2020).

Propiedades de los fármacos. Los fármacos pueden tener un pH ácido o base débil dentro de un medio en forma ionizada y no ionizada. Una característica de las moléculas no ionizadas es que son liposolubles, lo que facilita el paso a través de la membrana por un transporte pasivo. En cambio, las moléculas ionizadas son sustancias de gran peso molecular, hidrosolubles que no pueden atravesar la membrana; existe otro grupo de moléculas ionizadas que tienen bajo peso molecular, estas pueden pasar por los poros existentes en la membrana. (Pierre y Aristil, 2013)

4.1.1. Procesos la farmacocinética: Liberación, absorción, distribución, metabolismo y eliminación

Los mecanismos de la farmacocinética son los procesos: liberación, absorción, distribución, metabolismo y eliminación. También llamados procesos LADME (Torales y Andrés, 2017).

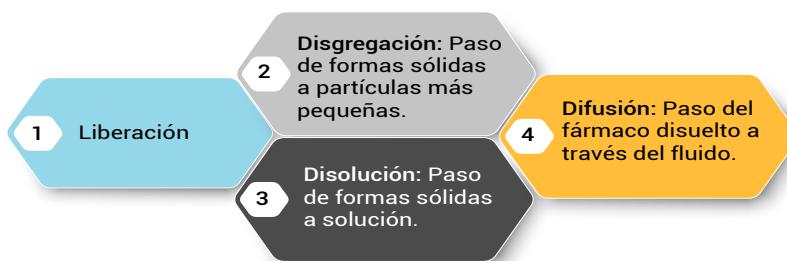
Cabe mencionar que los cuatro procesos farmacocinéticos después de la liberación ocurren al mismo tiempo, es decir, mientras que una porción de un medicamento se está distribuyendo en el organismo, otra porción se está metabolizando. Después de la administración de un fármaco el proceso que predomina es la absorción.

a. Liberación

La liberación está conformada de la siguiente manera:

Figura 6.

Pasos a seguir durante la etapa de liberación de los fármacos (principio activo)



Nota: Modificado del Manual MSD, (2020).

En la Figura 6 observamos el proceso que sufre el medicamento cuando entra al organismo hasta que es absorbido, estos son: disgregación, disolución y difusión.

“Para atravesar las membranas biológicas el fármaco debe hallarse en general en su forma libre, esto es, debe liberarse desde el vehículo y disolverse; recién entonces estará en condiciones de acceder a circulación” (Talevi et al., 2016, p.26). Para que los fármacos puedan tener algún efecto en las células objetivo, es necesario que se puedan disgregar hasta disolverse (Manual MSD, 2020). Como ejemplo tenemos a las píldoras y fármacos sólidos.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

b. Absorción

Es el proceso por el cual un medicamento llega a la circulación de manera sistémica (utilizando los diferentes tipos de transporte anteriormente mencionados), desde su sitio de administración por medio de la liberación de dicho fármaco. Los fármacos en sus distintas presentaciones (soluciones, capsulas, comprimidos) están conformados por el principio activo y más compuestos que ayudan al transporte por las diferentes membranas hasta entrar en la circulación general, estos fármacos se pueden administrar por diferentes tipos de vías, la más tradicional la oral, lo cual ocurre así excepto cuando la administración del fármaco es vía intravenosa, de modo que esta vía provee absorción instantánea y completa (Pierre & Aristil, 2013). Los principales factores que pueden afectar o modificar la absorción son:

Tabla 6.*Factores relacionados en la absorción de fármacos***La solubilidad de los medicamentos**

Los fármacos hidrosolubles de bajo peso molecular se absorben con mayor rapidez que los fármacos liposolubles, porque es más rápido su movimiento a través de los poros que contiene la membrana.

La formulación de los fármacos

Los medicamentos son formulados para ser administrados por diversas vías, la más extendida por su facilidad y comodidad es la oral. (medicamentos en forma sólida y líquida)

La ingestión de alimentos, el ph en el tubo gástrico, la existencia de trastornos gastro-intestinales pueden afectar la absorción.

La absorción de un principio activo entregado por vía transdérmica podrá verse modificada si se aplica calor o fricción en la zona de administración, también si tiene trastornos de la circulación.

La concentración

La mayoría de los fármacos son ácidos y bases débiles, y un porcentaje muy pequeño son ácidos y bases fuertes.

Un ácido o una base fuerte es aquella que se disocia en su totalidad cuando se encuentra en solución acuosa. Los fármacos fuertemente concentrados se absorben con mayor rapidez, porque es más fácil su disociación.

La circulación en el sitio de absorción

Se puede decir que la absorción es dependiente del flujo, ya que a mayor flujo mayor aceleración de la absorción.

El área de superficie absorbente

Los fármacos se absorben con rapidez en áreas grandes, como mucosa intestinal y epitelio alveolar pulmonar.

La molécula del medicamento

El tamaño de la molécula de un medicamento influye en su absorción en el organismo. Mientras más pequeñas sean las moléculas más rápido son absorbidas.

Nota: Modificado de Pierre y Aristil, (2013).

En la Tabla anterior se puede ver los diferentes factores que influyen a la hora que el cuerpo absorbe un medicamento como la concentración de los fármacos siendo ácidos o bases y como su solubilidad afecta la absorción en la membrana.

Tipos de vías de administración de fármacos

Los fármacos deben llegar al órgano y células dianas, para lograr este objetivo deben ser administrados por vías indirectas donde existe absorción; y las vías directas, donde se produce una ruptura de estas barreras.

Vías indirectas y directas

Biodisponibilidad

La biodisponibilidad se relaciona con la absorción de un principio activo, se define como la cantidad de medicamento que se encuentra posibilitado de entrar a los tejidos o células para desencadenar una reacción o efecto. Cuando hablamos generalmente de biodisponibilidad nos referimos a la sistemática, en la que el principio activo accede a la circulación sistémica con una velocidad (velocidad de absorción de dicha fracción) y magnitud (cantidad de dosis aprovechada) determinada (Talevi, et al.,2016).

Podemos decir que, a mayores niveles de fármaco en el plasma, mayor es el nivel en el resto del organismo.

La biodisponibilidad se refiere a la fracción de la cantidad total del fármaco administrado que se puede recuperar posteriormente del torrente circulatorio. Se trata de una variable importante, porque la normativa de la FDA especifica que la biodisponibilidad de una formulación genérica no puede diferir de la de una marca registrada en más del 30 %. (Sadock, et al., 2019, p.25)

Distribución

Distribución se le denomina al proceso reversible que involucra el transporte del fármaco entre el sistema sanguíneo y los tejidos extravasculares.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

La pared capilar se presenta como la primera barrera, el fármaco pasa por medio de un transporte pasivo, la pared está conformada por una membrana lipoide con poros llenos de agua. El movimiento de los fármacos va desde el espacio intravascular pasando por el fluido intersticial y llegando hasta el fluido intracelular. Las sustancias poco solubles se esparcen por el endotelio capilar, los hidrosolubles pasan a través de los poros de su superficie (Pierre y Aristil, 2013).

En la sangre, los fármacos se pueden unir a proteínas plasmáticas (albúmina, glucoproteína ácida, lipoproteínas alfa y beta y las metaloglobulinas), mientras que los que circulan sin unirse son los llamados libres, cabe indicar que solamente los “libres” pueden continuar con los procesos involucrados en la farmacocinética y pasar a través de los tejidos extravasculares (Torales y Andrés, 2017). En primera instancia, la distribución será desde la sangre hacia los tejidos extravasculares, como es común en un gradiente de concentración, esto también posibilita que si la cantidad de fármaco libre en la sangre baja, los tejidos extravasculares envíen de regreso parte del fármaco al espacio intravascular (Talevi, et al. 2016).

Proceso de distribución del fármaco en el sistema nervioso central (SNC)

La llegada del fármaco al cerebro (SNC y líquido cefalorraquídeo) depende de los siguientes factores: flujo sanguíneo cerebral, afinidad del fármaco con sus receptores, y la barrera hematoencefálica (lipídica sin poros). Las moléculas no ionizadas en el líquido cefalorraquídeo pasan a gran velocidad, mientras que las moléculas hidrosolubles atraviesan los capilares cerebrales con poca fluidez debido a una mayor agrupación de las células endoteliales. Se puede indicar que los medicamentos hidrosolubles con bajo peso molecular circulan por medio de la difusión. Una pequeña cantidad de fármacos llegan al espacio intercelular utilizando un transporte especializado. La velocidad de distribución desde que entra al sistema sanguíneo y llega al tejido es entre 15 a 20 minutos, aumentando en el líquido extracelular (Pierre y Aristil, 2013).

El volumen de distribución valora la capacidad de un fármaco de distribuirse por el organismo. Un fármaco con alto volumen de distribución indica que el mismo se distribuirá bien en los tejidos. Se estima que un fármaco tiene un volumen de distribución elevado cuando este es superior al agua corporal total (0,6 l/kg) (Torales y Andrés, 2017).

Figura 7.
Codificadores de distribución

Procesos que modifican la distribución

Tamaño del órgano: los fármacos pueden distribuirse en grandes cantidades en los órganos muy grandes como la mucosa intestinal, el músculo esquelético si llegan al estado estable.

Flujo sanguíneo del tejido: los tejidos que tienen un aumento en el flujo de sangre como músculo, cerebro, reciben grandes cantidades de medicamento en menor tiempo.

Volumen de distribución: El volumen de distribución se define como el espacio corporal en apariencia disponible para contener un medicamento.

Solubilidad del fármaco: los fármacos liposolubles se distribuyen en mayor concentración en tejidos con gran contenido de grasa como tejido adiposo y cerebro.

Unión a proteínas plasmáticas: Los fármacos que se unen en proporción significativa a las proteínas plasmáticas tienen una distribución limitada

Nota: Modificado de Pierre y Aristil (2013)

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

En la Figura 7 se observa diferentes procesos y características que influyen en la distribución del medicamento, entre los más relevantes tenemos el tamaño del órgano, como ejemplo tenemos el intestino o el músculo.

c. Metabolismo

El metabolismo, también llamado biotransformación se produce en el organismo, se desarrolla de manera principal en el hígado, pero puede darse en los pulmones, piel, conductos gastrointestinales, cerebro y plasma. Se identifica como el proceso de eliminar los fármacos por medio de la transformación metabólica, durante el proceso el fármaco se transforma hasta ser un metabolito. Conocer cómo funciona el metabolismo del medicamento nos da explicaciones respecto a la inactividad o toxicidad de este. Dentro de la biotransformación se presenta procesos enzimáticos intracelulares, posibilitando sustancias más fuertes que el principio activo original, denominamos a esto activación. El nombre profármaco se da cuando el medicamento es inactivo cuando se administra, volviéndose activo después de ser metabolizado; en cambio, se denomina inactivación cuando los metabolitos producen una nula o poca acción (Pierre y Aristil, 2013).

La semivida de un fármaco es la cantidad de tiempo que se necesita para que, por medio del metabolismo y la excreción, se reduzca a la mitad una concentración plasmática determinada. El efecto de primer paso se refiere al metabolismo inicial de los fármacos administrados dentro de la circulación portal del hígado. Se describe como la fracción de fármaco absorbido que, sin ser metabolizado, alcanza la circulación sistémica.

El proceso de metabolismo

El proceso de metabolismo está conformado por dos partes. La primera que engloba en los procesos de oxidación, reducción e hidrolisis; estas reacciones pueden producir una activación o inactivación del medicamento, implicándose enzimas hepáticas del CYP450. La segunda engloba en la reacción sintética incluyendo la conjugación y llevan a una inactividad del medicamento en la mayoría de los casos. (Pierre y Aristil, 2013) El CYP450 se ubica, en el retículo endoplasmático liso de los hepatocitos. Este sistema enzimático está sujeto tanto a la inhibición como a la inducción. La unión del fármaco con las enzimas hepáticas CYP450 puede producir: que el fármaco se convierte en sustrato para su biotransformación o puede modificar la actividad de la enzima para la producción, inducción, o inhibición. (Torales y Andrés, 2017)

Factores que influyen sobre metabolismo

Hay numerosos factores que de alguna manera pueden cambiar el metabolismo del fármaco, los siguientes son los principales:

- Inducción enzimática: El contacto entre un fármaco y la enzima puede dar como resultado una disminución en la actividad del fármaco original debido al aumento del metabolismo.
- Inhibición enzimática: En este caso producto del contacto a un fármaco, el metabolismo se ralentiza debido a la disminución de la acción de la enzima, lo que a su vez resulta en una extensión de actividad y cantidad del fármaco.
- Edad: A menos edad las enzimas decrecen, en su mayor parte los microsomas hepáticos. En los ancianos existe una disminución de estas enzimas, dando una vida media más larga de ciertos medicamentos comparada con una población más joven.
- Sexo: La acción de las enzimas es superior en los hombres debido a la testosterona, el estradiol reduce la actividad.

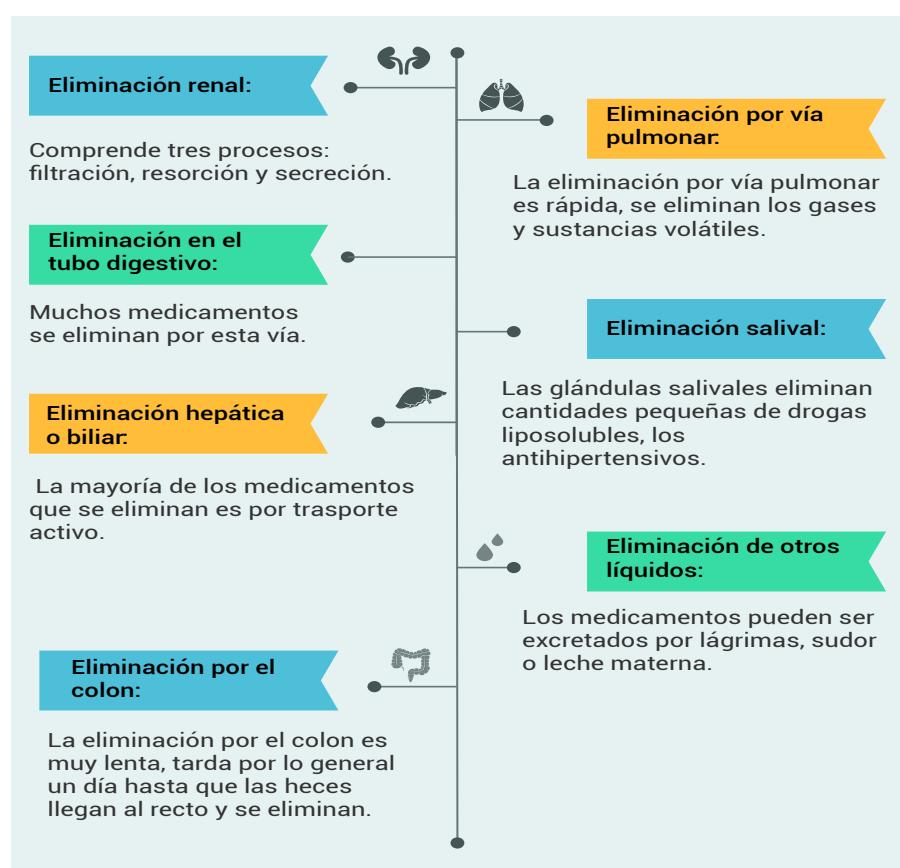
- Factor genético: Es el factor principal a la hora de normar el proceso de las enzimas en los humanos.

d. Eliminación

Definimos como eliminación al paso que existe del fármaco o principio activo desde la sangre hasta el exterior del cuerpo. El riñón es el principal órgano encargado de la excreción de los fármacos y sustancias hidrosolubles. El sistema biliar elimina una menor cantidad de metabolitos y medicamentos. Las principales vías de eliminación se presentan en la siguiente figura.

Figura 8.

Vías de eliminación de fármacos y principios activos



En la anterior figura se recopila varios tipos de eliminación de medicamentos, esta es el último paso del medicamento dentro del cuerpo humano, los más comunes son el renal y mediante el tubo digestivo.

4.2. Farmacodinamia: Definición

Esta rama de la farmacología es la que se encarga de analizar y estudiar la acción del fármaco en el organismo y los efectos bioquímicos, fisiológicos que produce el principio activo (Torales y Andrés, 2017).

Los objetivos de los psicofármacos para desencadenar sus efectos son:

- Transportadores de neurotransmisores.
- Transmisores.
- Receptores acoplados a proteínas G.
- Enzimas.
- Canales iónicos regulados por ligando.
- Canales iónicos sensibles a voltaje.

Durante el proceso de neurotransmisión los psicofármacos pueden actuar en: la síntesis, almacenamiento, liberación, recaptación, degradación y mecanismo postsinápticos.

Unión química de los fármacos a los receptores

La unión generalmente reversible que forma las moléculas del fármaco y los receptores de la célula, disposición de interacción entre el receptor y fármaco depende de su compatibilidad. Los fármacos pueden unirse químicamente con los receptores por medios de unión covalente y no covalente (Pierre y Aristil, 2013).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Tipos de uniones químicas fármaco-receptora

Unión covalente: se define como un enlace químico covalente, el que se produce cuando dos átomos comparten electrones, de esta forma se enlazan. Esta unión principalmente irreversible en la mayoría de los casos, en farmacología es poco común.

Unión no covalente: Esta unión química, más débil que la anterior es reversible. Dentro del grupo de unión química no covalente existen la unión iónica, unión de hidrógeno y unión de Van der Waals (Pierre y Aristil, 2013).

Nota: Modificado de Pierre y Aristil, (2013).

Como se puede observar en el cuadro, existen dos tipos de uniones entre el fármaco y el receptor, cada una con características propias como, por ejemplo, la unión covalente es la más fuerte y es de naturaleza irreversible.

4.2.1. Mecanismo de acción de las drogas, e interacciones medicamentosas

El mecanismo de acción de las drogas (fármacos) recoge al conjunto de procesos que lleva la célula a causa de las acciones del fármaco sobre el organismo, como se indicó en la unidad pasada los fármacos tienen el poder de afectar al organismo ya sea estimulando o inhibiendo sus funciones, nunca podrán crear nuevas funciones.

Interacciones medicamentosas

Al momento de suministrar dos o más fármacos (también puede ser por alimento, bebida o agente químico ambiental) a la vez puede existir un efecto combinado, siendo más profundo que si solo fuera un medicamento, esto puede causar un mayor efecto terapéutico

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

o uno secundario; también puede darse que al administrar varios fármacos estos tengan el efecto normal, o la posibilidad de reducir su eficacia si se administra solo uno a la vez. (Pierre y Aristil, 2013) Esto hace describir los términos de sinergismo y antagonismo.

Farmacocinéticas: pueden afectar a cualquiera de los procesos LADME estudiados al principio de esta unidad. Esta integración produce un retraso en la acción del medicamento, puede aumentar o disminuir su acción o efecto, altera su eliminación produciendo un aumento en su concentración.

Farmacodinamias: "Aquellas que ocurren cuando dos o más fármacos actúan sobre los mismos objetivos moleculares, produciéndose un efecto aditivo o sinérgico, o bien antagonístico" (Torales y Andrés, 2017). El sinergismo es el aumento de la acción o efecto del medicamento producto de otro fármaco; y el antagonismo se define como la disminución o cese de la acción del principio activo debido a otro fármaco (Pierre y Aristil, 2013).

Estimado estudiante, hemos finalizado con los contenidos de la unidad y podemos concluir que la farmacocinética es la rama de la farmacología que se encarga de estudiar los efectos del organismo en el fármaco. Los pasos que debe seguir el fármaco para que pueda mostrar un efecto comienza con la liberación de su formulación, esta es trasportada dentro de las células, a su vez se produce la metabolización del fármaco hasta su total eliminación.

Para trasportar el medicamento a través de la membrana de manera pasiva, que no requiere energía los procesos son: difusión simple y filtración. El transporte especializado es más complejo y en algunos casos requiere energía, dentro de este grupo tenemos: transporte activo, difusión facilitada, pinocitosis.

Los procesos de la farmacocinética llamados LADME son: liberación, absorción, distribución, metabolismo y eliminación. Los cuatro últimos procesos ocurren a la par, pero el más predominante es la absorción.

- La liberación se encarga de disgregar, diluir y difundir el fármaco.
- La absorción: Es el proceso por el cual un medicamento llega a la circulación sistémica. La absorción dependerá de la formulación de los fármacos, la concentración, la circulación en el sitio de absorción, el área de superficie absorbente, el tamaño de la molécula. Las vías más rápidas de absorción son las indirectas, pero generalmente se utiliza la vía oral por ser cómoda y no requerir una alta supervisión.
- La distribución: es el proceso por el cual el medicamento o fármaco pasa del sistema sanguíneo a los tejidos extravasculares, en un gradiente de concentración, solamente las moléculas que se encuentran libres pueden pasar los tejidos extravasculares; la llegada al sistema nervioso central depende del flujo sanguíneo, afinidad fármaco-receptor y especialmente la barrera cerebro-encefálica. Las moléculas hidrosolubles atraviesan los capilares cerebrales con poca fluidez, si son de bajo peso molecular se transportan por difusión.

Los procesos que modifican la distribución son: tamaño de órgano, flujo sanguíneo, volumen de distribución, solubilidad, unión a proteínas plasmáticas.

- Metabolismo: llamado biotransformación se desarrolla de manera principal en el hígado, puede darse en los pulmones, piel, conductos gastrointestinales, cerebro y plasma. Es el proceso de eliminar los fármacos por medio de la transformación metabólica, convirtiéndolos en metabolitos. En este proceso influyen la inducción enzimática, inhibición enzimática, edad, sexo, factor genético.

- La eliminación es cuando el fármaco sale al exterior del organismo, el riñón se encarga de las sustancias hidrosolubles.

La farmacodinamia es el estudio de la acción del fármaco sobre el organismo. Para esto el psicofármaco apunta a los siguientes objetivos: transportadores de neurotransmisores, receptores acoplados a proteínas G, enzimas, canales iónicos regulados por ligando, canales iónicos sensibles a voltaje.

La unión química de los fármacos a los receptores puede ser por unión covalente o no covalente. La unión no covalente es la más habitual, es reversible y no es la más fuerte.

La interacción medicamentosa puede ser farmacocinética y farmacodinamia.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad recomendada 1: Desarrolle un mapa conceptual sobre el proceso de la farmacocinética. Para realizar esta actividad usted deberá leer de manera comprensiva la unidad 4, y su síntesis, luego identificar los diferentes procesos que actúan, para al final realizar el mapa conceptual. Esto servirá de base para conocer el mecanismo de la farmacocinética de los fármacos y sus etapas como son absorción y distribución dentro del cuerpo humano especialmente en el cerebro.

Actividad recomendada 2: Realice un resumen sobre las características de la farmacodinamia. Para elaborar este ejercicio usted deberá analizar de manera comprensiva de los subtemas “Farmacodinamia: Definición” y “Mecanismo de acción de las drogas, e interacciones medicamentosas”, a continuación, identificar las características de la farmacodinamia, para al final

realizar el resumen. La actividad tiene como fin profundizar en los conocimientos sobre la farmacodinamia y sus principales características como son los tipos de uniones.

Con la presente actividad usted podrá autoevaluar el nivel de aprendizaje por medio del cuestionario.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos



Autoevaluación 4

1. Indique cuál no es un mecanismo de transporte utilizado por los fármacos que atraviesan la membrana celular.
 - a. Mitosis.
 - b. Difusión simple.
 - c. Ósmosis.
 - d. Filtración.
 - e. Pinocitosis.

2. ¿Qué fármacos pueden pasar por la membrana de manera más rápida?
 - a. Los fármacos hidrosolubles de bajo peso molecular.
 - b. Los fármacos hidrosolubles de alto peso molecular.
 - c. Los fármacos liposolubles.
 - d. Los fármacos de alto peso molecular ionizada.
 - e. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Qué proceso dentro del LADME posibilita la llegada del fármaco al sistema sanguíneo?
 - a. Liberación.
 - b. Absorción.
 - c. Distribución.
 - d. Metabolización.
 - e. Eliminación.

4. El tiempo promedio que tardan los fármacos para pasar desde la circulación a los diferentes tejidos del organismo es:
- 10 a 15 minutos.
 - 15 a 20 minutos.
 - 20 a 35 minutos.
 - 35 a 40 minutos.
5. De la siguiente lista indique cual no pertenece a los factores que modifican la absorción.
- La circulación en el sitio de absorción.
 - Formulación.
 - Concentración.
 - Área de superficie absorbente.
 - Factor genético.
6. Las uniones químicas que se forman entre la molécula de un fármaco y un receptor son por lo general:
- Reversibles.
 - Irreversibles.
 - Ninguna de las anteriores.
7. Señale los sitios donde se encuentran los receptores biológicos:
- Membranas.
 - Mitocondrias.
 - Aparato de Golgi.
 - Citosol.
 - En el a y d.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

8. Indique la opción correcta. La unión no covalente:

- a. Es la más fuerte, pero es reversible.
- b. Es irreversible pero no es la más fuerte.
- c. Es la más fuerte y es irreversible.
- d. Es reversible es la menos fuerte.
- e. Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuál no pertenece a los objetivos de los psicofármacos?

- a. Transportadores de neurotransmisores.
- b. Receptores acoplados a proteínas G.
- c. Principio activo.
- d. Canales iónicos regulados por ligando.
- e. Canales iónicos sensibles a voltaje.

10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta?

- a. El LAMDE pertenece a la farmacodinamia.
- b. La farmacocinética estudia el efecto del fármaco en el organismo.
- c. Las interacciones medicamentosas se clasifican en: farmacocinéticas y farmacodinamias.
- d. El proceso de liberación es el último dentro de la farmacocinética.
- e. La farmacodinamia está dividida en vías directas e indirectas.

[Ir al solucionario](#)



Semana 5

Para el desarrollo de la semana 5 deberá leer del texto guía el tema “Agonistas y antagonistas”. Luego, continuar con la revisión del subtema “Receptores fisiológicos: generalidades, clasificación: agonistas, antagonistas, y agonistas inversos”, haciendo énfasis en su clasificación. Se recomienda realizar una búsqueda web para ampliar la información.



Unidad 5. Agonistas y antagonistas

En las unidades anteriores se estudió que el fármaco produce un efecto al unirse con los receptores de las células, en la actual unidad se estudiará únicamente los receptores fisiológicos; los receptores pueden ubicarse en la superficie de la célula (membrana), o en el interior de la célula (citosol). Los fármacos dependiendo de cómo actúen en la unión fármaco-receptor se los puede clasificar en agonistas y antagonistas (Pierre y Aristil, 2013). De esta unión se pueden producir dos tipos de efectos: terapéuticos si el efecto es el deseado y justifica su uso; no deseado (secundarios), cuando se producen reacciones adversas. En ocasiones separar estos dos efectos es imposible y en otras se toma al efecto secundario como demostración eficaz del fármaco (Torales y Andrés, 2017).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

5.1. Receptores fisiológicos: Generalidades, clasificación: Agonistas, antagonistas, y agonistas inversos

Estos tipos de receptores como los demás, interactúan con moléculas para generar una acción o respuesta; una de las características importantes de este tipo de receptor es que actúa de manera que amplifica la neurotransmisión lo que lo convierte en una diana para los fármacos. Generalmente se presenta que todos los receptores fisiológicos exhiben un mecanismo catalítico. Su función es transmitir la información por medio del canal iónico o ionotrópico correspondiente, prologándola al interior de la célula por medio del sistema receptor-efector, conformada por el receptor, traductor (Proteínas G) y efector. Hay 4 tipos diferentes de receptores fisiológicos dependiendo de su estructura molecular y el método de transporte, estos son: ionotrópicos, metabotrópicos, enzimáticos, de transcripción de genes.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Dinámica de los fármacos.

Pierre y Aristil (2013) indican que los medicamentos al unirse con el receptor (fármaco-receptor) presentan las siguientes características:

- Afinidad: Es la fuerza que posee un medicamento para unirse al receptor.
- Eficacia: Refleja la capacidad que tiene el fármaco para activar el receptor después de unirse.
- Potencia: Es la cantidad relativa aproximada de un fármaco para producir un efecto terapéutico. A menor dosis necesaria para producir el efecto, superior será su potencia.
- Actividad intrínseca: Es la capacidad que tienen los fármacos, una vez unidos al receptor, de generar un estímulo y desencadenar la acción y efecto del principio activo.

Nota: Modificado de Pierre y Aristil, (2013).

Como se muestra en el cuadro anterior, existen cuatro características que se desarrollan durante el proceso de asimilación de un medicamento, las mismas que son: afinidad, eficacia, potencia y actividad intrínseca.

a. Clasificación agonistas y antagonistas

Clasificación Agonistas Y Antagonistas

b. Acumulación, tolerancia y antídoto

Acumulación

“Cuando se administra un medicamento con intervalos tales que el cuerpo no puede eliminar una dosis antes de dispensar la otra, se produce acumulación. Esto se observa en particular con medicamentos que tienen una semidesintegración prolongada en el cuerpo” (Pierre y Aristil, 2013, p. 20).

Tolerancia

Podemos decir que es la descripción a la reducción de los efectos de manera prolongada al exponerse a un fármaco repetidamente, haciendo aumentar la resistencia de manera amplia. Este aumento de tolerancia puede ser causado por incremento del metabolismo, disminución de la cantidad o sensibilidad del receptor, por homeostasis y tolerancia conductual (Aderson y McAllister-Williams, 2018). Lo contrario a la tolerancia es la sensibilización.

Figura 9.

Tipos de tolerancia

Tolerancia congénita: Es la tolerancia natural del ser vivo a ciertas drogas.

Tolerancia de especie: Se observa en individuos o especies específicas que son relativamente insensibles a ciertas drogas.

Tipos de tolerancia

Tolerancia adquirida: Es aquella que se produce en un individuo por el empleo continuo de una droga y se caracteriza por la necesidad de un aumento progresivo de la dosis para producir un efecto determinado.

Tolerancia cruzada: Tolerancia para una droga que se extiende a otras químicamente relacionadas.

Nota: Modificado de Pierre y Aristil, (2013).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

En la Figura 9, se describen cuatro tipos de tolerancia que son: la tolerancia congénita (de ser vivo a ciertas drogas), tolerancia de especie (individuos o especies específicas que insensibles a ciertas drogas), tolerancia adquirida (uso continuo y aumento progresivo de una droga) y tolerancia cruzada (de una droga que se extiende a otras químicamente relacionadas).

Antídoto

Se llama antídoto a la sustancia que anula la acción tóxica, este puede ser químico (unión de dos fármacos o sustancias que se anulan dentro del organismo) o farmacológico (tiene una predisposición de disminuir la acción tóxica por medio del antagonismo competitivo y no competitivo). (Pierre y Aristil, 2013)

Estimado estudiante, una vez realizado el estudio de la unidad se concluye que la unión entre el fármaco y los receptores dependerá del tipo del principio activo, pudiendo ser agonista y antagonista. De esta unión obtenemos los efectos terapéuticos y los secundarios.

Los receptores fisiológicos forman parte de lo estudiado en la unidad anterior. Podemos destacar el factor diana de fármacos y el mecanismo catalítico cuya función es transmitir la señal o información por medio del canal iónico.

La dinámica de los fármacos está definida por: la afinidad, eficacia, potencia, actividad intrínseca.

Los receptores fisiológicos agonistas son los que presentan una fuerte afinidad con el receptor y actividad intrínseca, lo que genera un efecto en la célula. Se pueden clasificar en: agonistas completos (son los que producen una respuesta máxima), agonista parcial (no logran producir un efecto) y los inversos (generan un efecto contrario).

Los antagonistas se definen como los fármacos que poseen afinidad con receptores, pero no generan efectos, sino obstaculizan la acción del agonista hasta el punto de anularla. Se clasifican en:

- Antagonista competitivo: su efecto es reversible, obstaculiza la unión del agonista con el receptor, ocupando su lugar.
- Antagonista no competitivo: ocupan otros receptores, anulando la acción del agonista.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad recomendada 1: Elabore un cuadro conceptual sobre los agonistas y antagonistas profundizando la información.

Para cumplir con esta actividad usted debe realizar una lectura y análisis de la unidad “Agonistas y antagonistas”, luego identificar las características y aspectos importantes de los agonistas y antagonistas, finalmente elabore el cuadro conceptual. Con esta asignación, usted identificará los aspectos más importantes de los antagonistas y agonistas como, por ejemplo, que los antagonistas son los que no generan efectos en determinados receptores, estos obstaculizan la acción agonista.

Actividad recomendada 2: Profundizar en las generalidades de los receptores fisiológicos. Se recomienda realizar una búsqueda web para ampliar la información. Esta actividad tiene como fin aumentar aún más la información adquirida sobre este tema de relevancia.

Con la presente actividad usted podrá autoevaluar el nivel de aprendizaje por medio del cuestionario.



Autoevaluación 5

1. Complete: Los receptores pueden ubicarse en la _____ de la célula, o en el _____ de la célula.
 - a. Interior-citosol
 - b. Superficie-membrana
 - c. Superficie- citosol
 - d. Membrana- pared lipídica
 - e. Interior- núcleo

2. ¿Qué es un efecto terapéutico?
 - a. Un efecto deseado que justifica su uso.
 - b. Un efecto no deseado.
 - c. Un efecto secundario.
 - d. Efecto con reacción inversa.
 - e. Un efecto deseado, pero no justificado.

3. Los receptores fisiológicos son:
 - a. Completamente irreversibles.
 - b. Una diana para los fármacos.
 - c. Proteínas G.
 - d. Solamente ionotrópicos.
 - e. Ninguna de las anteriores.

4. Las características de la dinámica de los fármacos son:
 - a. Eficacia.
 - b. Potencia.
 - c. Afinidad.
 - d. Actividad intrínseca.
 - e. Todas las anteriores.

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

5. Los medicamentos que anulan la acción de un fármaco se llaman:

- a. Agonistas.
- b. Receptores.
- c. Dianas.
- d. Antagonistas.
- e. Agonistas parciales.

6. ¿Cuál de estas afirmaciones es la correcta?

- a. Los agonistas no presentan casi nada o nula afinidad con el receptor.
- b. La actividad intrínseca de los agonistas no produce ningún efecto.
- c. Los agonistas se dividen en completos, parciales e inversos.
- d. Los agonistas inversos provocan los mismos efectos que los agonistas completos.
- e. Los receptores generan un efecto con los agonistas parciales.

7. Los antagonistas silentes producen efecto:

- a. Verdadero.
- b. Falso.
- c. Producen efecto, pero casi nulo.
- d. Generan efecto si el agonista es parcial.

8. ¿Cuál de estos literales no es un tipo de tolerancia?

- a. Tolerancia congénita.
- b. Tolerancia adquirida.
- c. Tolerancia de especie.
- d. Tolerancia Mandal Oriana.
- e. Tolerancia cruzada.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

9. Indique cómo se llama al proceso que se produce en un individuo por el empleo continuo de una droga y se caracteriza por la necesidad de un aumento progresivo de la dosis para producir un efecto determinado.
- a. Tolerancia congénita.
 - b. Tolerancia de especie.
 - c. Tolerancia adquirida.
 - d. Tolerancia cruzada.
10. Indique cómo se llama al proceso que se observa en individuos o especies específicas que son relativamente insensibles a ciertas drogas.
- a. Tolerancia congénita.
 - b. Tolerancia de especie.
 - c. Tolerancia adquirida.
 - d. Tolerancia cruzada.

[Ir al solucionario](#)

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Resultado de aprendizaje 4

Conocer las distintas sustancias psicoactivas que, en la actualidad, se utilizan para tratar determinados trastornos psicopatológicos.

Usted estimado estudiante, conocerá los fundamentos de la farmacología de la depresión y trastornos bipolares, enfocándonos en su neurobiología, síntomas y medicación, para realizar este aprendizaje nos ayudaremos de la guía y la realización de mapas conceptuales, breves explicaciones a modo de resúmenes, cuadros sinópticos, REAs y recurrir a distintas fuentes bibliográficas.

Para el desarrollo de la semana 6, es necesario la lectura del texto guía “Farmacología de la depresión y trastornos bipolares”. A continuación, se procederá con la lectura del subtema “Depresión: neurobiología, definición, síntomas, medicación utilizada”, haciendo énfasis en la clasificación de los medicamentos.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje



Semana 6

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos



Unidad 6. Farmacología de la depresión y trastornos bipolares

Los trastornos del estado de ánimo (depresión y bipolaridad), alteran la conducta emocional de una persona, por un tiempo definido.

La neurobiología ha planteado una alteración neuroquímica de la neurona y de las células glía para el desarrollo de estos trastornos, apuntando una conexión entre la biológica neuronal y el ambiente del paciente.

La depresión (trastorno unipolar) muchas veces vista como un tabú, aun cuando es uno de los trastornos más frecuentes en las personas; se define como un periodo de tristeza prolongado que afecta su realidad. En el otro lado se encuentra la bipolaridad, como una intercalación de episodios depresivos e hipomaníacos o maníacos. Existe a lo que se llama manía unipolar donde la depresión no se presenta.

Es importante distinguir estos dos tipos de trastornos desde el punto neurobiológico del por qué surge y como a su vez afecta al cerebro, una clara definición de la depresión y bipolaridad (incluyendo sus diversas variantes). Identificar sus síntomas característicos ayudará a un enfoque más crítico y acertado del diagnóstico, en casos severos se debe tratar con psicofármacos para mejorar la calidad de vida del paciente. Es aquí donde la farmacología se relaciona con los trastornos mentales adecuando fármacos que actúan los diferentes receptores y partes de la neurona dependiendo de los problemas neurobiológicos.

6.1. Depresión: neurobiología, definición, síntomas, medicación utilizada

Dentro de la psiquiatría el trastorno depresivo puede ser un síntoma, un síndrome o una enfermedad, en este subtema nos enfocaremos en la depresión como enfermedad. Se ha indicado que el trastorno depresivo se caracteriza por un estado de letargo y tristeza prolongada, desinterés de las actividades. La presentación de síntomas somáticos es probable pero no obligatorio. Durante el transcurso de la vida pueden presentarse varios episodios de depresión, los cuales se pueden decir que están dentro del sesgo de la población debido a dificultades y obstáculos que se presentan, pero solo se formula un diagnóstico de la enfermedad cuando los síntomas son perdurables por lo menos por dos semanas pudiendo ser leve o llegar hasta el extremo de muy grave (Díaz y González, 2012).

[Depresión: Neurobiología, Definición, Síntomas, Medicación Utilizada](#)



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad recomendada 1: Realice un mapa conceptual de la clasificación vigente de los trastornos depresivos y los tipos de medicamentos para su tratamiento. Para el desarrollo de esta actividad usted debe realizar una lectura del subtema de la presente semana identificando la clasificación de los distintos fármacos depresivos, y luego proceder a realizar el mapa conceptual; esto le ayudará a reconocer como se clasifican los fármacos antidepresivos de acuerdo a su mecanismo de acción como son los IRRS y los IMAO.

Con la presente actividad usted podrá autoevaluar el nivel de aprendizaje por medio del cuestionario.



Autoevaluación 6

1. Los trastornos de ánimo son:
 - a. Trastorno de depresión y TOC.
 - b. Trastorno bipolar y ansiedad.
 - c. Trastorno disociativo y bipolar.
 - d. Trastorno del neurodesarrollo y depresión.
 - e. Trastorno depresivo y bipolar.

2. ¿Cuánto deben durar los síntomas para que el trastorno depresivo se considere una enfermedad?
 - a. Más de 2 semanas.
 - b. Mínimo una semana.
 - c. Máximo 2 semanas.
 - d. Entre 2 y 5 días.
 - e. Menos de 2 años.

3. ¿Qué estructura del cerebro no sufre alteración por los trastornos depresivos?
 - a. Hipocampo.
 - b. Corteza cerebral.
 - c. Amígdala.
 - d. Cerebelo.
 - e. Metabolismo de la glucosa.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

4. Indique cuál es la enzima que se encarga de una correcta cantidad de 5-HT, DA y norepinefrina dentro del SNC; y, en pacientes con depresión mayor se puede observar un aumento significativo de esta.
 - a. Enzima de monoaminoxidasa A(MAO-A).
 - b. Enzimas relacionadas con el metabolismo de la serotonina.
 - c. Enzimas relacionadas con el metabolismo de la dopamina.
 - d. Enzimas del citocromo P450.
5. La clasificación de la medicación indicada para la depresión incluye los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. ¿Cuál de los siguientes fármacos no pertenece a este grupo?
 - a. Escitalopam.
 - b. Trazodona.
 - c. Fluoxetina.
 - d. Paroxetina.
6. La depresión mayor según el DSM-5 se presenta por el aspecto triste, llanto de las personas, aspecto de la cara sin ánimo ni trasmisión de emociones, el caminar con hombros bajos o postura decaída, mirar al suelo o sin contacto visual y un habla alterada, se observa también un desapego hacia su familia o mascotas.
 - a. V.
 - b. F.
7. El trastorno de depresión puede ir de agresivo a grave dependiendo de si es un único episodio o ya es recurrente.
 - a. V.
 - b. F.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

8. EL trastorno disfórico premenstrual está relacionado:

- a. Al trastorno bipolar.
- b. A una enfermedad cardiaca.
- c. A una falta de sueño.
- d. Al ciclo menstrual.

9. ¿Qué significa ISRS?

- a. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
- b. Inhibidores saturados de la receptación de serotonina.
- c. Inhibidores saturados de la radiación de serotonina.
- d. Inhibidores selectivos de la radiación de serotonina.

10. El antidepresivo melatonérgico es un agonista.

- a. V.
- b. F.

[Ir al solucionario](#)



Semana 7

El segundo subtema de la unidad 6 es “Trastornos bipolares: neurobiología, definición, síntomas, medicación utilizada” que se abordará en la presente semana, se deberá proceder con la lectura y análisis, enfocándose en los fármacos antimaniacales.

6.2. Trastornos bipolares: neurobiología, definición, síntomas, medicación utilizada

El trastorno bipolar, se entiende como una patología que actúa sobre los mecanismos reguladores del estado de ánimo, con presencia de episodios alternantes de tipo maníaco, hipomaníaco, depresivo y mixto, presentándose en este último caso síntomas maniacos y depresivos a la vez. Es importante destacar que, a pesar, de ser característica la alternancia entre episodios de manía y depresión en muchos de los pacientes predomina uno sobre el otro; a su vez, el paciente puede manifestar breves períodos de eutimia (estado de ánimo normal), sin embargo, estos no representan el cese de la patología (Ríos y Escudero, 2017; Manual MSD, 2020). Al inicio de la enfermedad los hombres suelen manifestar síntomas propios de la fase maníaca, mientras que las mujeres suelen presentar síntomas depresivos y episodios mixtos, y en general se figura para ambos casos un alto riesgo de conductas suicidas, de allí que se considere uno de los trastornos con mayor índice de afectación y mortalidad, especialmente en jóvenes. (Ríos y Escudero, 2017)

El trastorno bipolar afecta por igual a hombres y mujeres y principalmente a la población joven, aunque se puede presentar a cualquier edad; en promedio se considera que el primer episodio

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

ocurre alrededor de los 20 años (Ríos y Escudero, 2017). Asimismo, en el Manual MSD (2020) se afirma que los trastornos bipolares suelen comenzar en la adolescencia, la tercera o la cuarta década de la vida; y posee una prevalencia a lo largo de la vida del 4%.

Clasificación de trastornos bipolares

a. Alteraciones neurobiológicas

Ríos y Escudero (2017) afirman que, son numerosos los factores que están implicados en la etiología y fisiopatología del trastorno bipolar y por ello, ningún gen o alteración cerebral pueden explicar la condición por sí solos. Además, una compleja enfermedad psiquiátrica como el trastorno bipolar no depende solo de la vulnerabilidad que estos factores confieren a su origen, sino también de cómo estos interaccionan entre sí y con los factores ambientales en la recurrencia y la progresión de la enfermedad. Por el contrario, Palacio (sf.) asegura que los factores genéticos se deben considerar como indiscutibles y los factores ambientales, ambos determinan en su conjunto una marcada vulnerabilidad al estrés.

Es importante destacar que las anomalías de la expresión genética subyacen a los desórdenes neurobiológicos a nivel molecular y los factores ambientales, junto a una vulnerabilidad particular detonan o no dichas anomalías.

Las alteraciones neurobiológicas generadas por el trastorno bipolar se dan en función del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal del sistema neuroendocrino. El trastorno provoca una elevación de cortisol y una menor sensibilidad de los receptores de glucocorticoides; esta hiperactividad neuroendocrina se ha asociado con la supresión de la hormona tiroidea y con la alteración del patrón circadiano de secreción de cortisol. Esta mayor resistencia de los receptores de glucocorticoides ha sido ligada a una elevación de citoquinas proinflamatorias y por lo tanto a alteraciones del sistema

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

inmunológico; estas citoquinas activan la microglía del cerebro, lo que aumenta las señales inflamatorias, el estrés oxidativo, la disminución de factores neurotróficos, el aumento de glutamato con su consiguiente excitotoxicidad y disminuye el metabolismo de los sistemas monoaminérgicos de neurotransmisión (dopamina y serotonina) .(Alonso, 2016)

La reducción de factores neurotróficos y sobre activación microglía son algunos de los factores involucrados en el deterioro neuronal y glial que se observa en pacientes con trastorno bipolar; este deterioro persiste a pesar de la remisión clínica (Alonso, 2016; Ríos y Escudero, 2017).

b. Síntomas

El trastorno bipolar inicia con una fase aguda de síntomas que es seguida por un curso de recidivas y remisiones. Las remisiones suelen ser completas, pero muchos pacientes tienen síntomas residuales, y para algunos, su capacidad laboral queda gravemente deteriorada. Las recidivas son episodios marcados por síntomas más intensos que son maníacos, depresivos, hipomaníacos o una mezcla de características depresivas y maníacas. La duración de los episodios puede ir desde unas pocas semanas o hasta tres a seis meses. Los episodios depresivos tienen una duración mayor a los episodios maníacos (Manual MSD, 2020).

Tabla 7.*Sintomatología del trastorno bipolar*

Manía	<p>Es un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable que tiene una duración de una semana o más; además la persona presenta un aumento de la energía o de las actividades, y a esto se le suma tres o más síntomas adicionales como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La autoestima inflada o megalomanía. ▪ Disminución de la necesidad de sueño. ▪ Mayor locuacidad de lo habitual. ▪ Fuga de ideas o pensamientos acelerados. ▪ Distractibilidad. ▪ Aumento de la actividad dirigida por objetivos. ▪ Excesiva participación en actividades de alto riesgo. <p>Los pacientes maníacos pueden participar de forma inagotable, excesiva e impulsiva en distintas actividades placenteras de alto riesgo sin tener en cuenta los posibles daños.</p> <p>La psicosis maníaca es una manifestación más extrema, y los síntomas psicóticos pueden ser difíciles de distinguir de la esquizofrenia. Los pacientes pueden tener ideas delirantes megalómanas o persecutorias, algunas veces con alucinaciones. El nivel de actividad aumenta mucho.</p>
Hipomanía	<p>Es una variante menos extrema que la manía que involucra un episodio distintivo que dura cuatro días o más, con conductas que pueden distinguirse del estado de ánimo no deprimido habitual del paciente, y que incluye tres o más de los síntomas adicionales mencionados anteriormente en la manía. Durante este estado de ánimo el paciente se exalta, disminuye la necesidad de sueño y se acelera la actividad psicomotora. Para algunos pacientes, los períodos hipomaníacos son adaptativos porque producen un aumento de la energía, la creatividad, la confianza y un funcionamiento social supernormal. Muchos no desean abandonar este estado eufórico placentero.</p>

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Depresión mayor	El episodio debe incluir cinco o más de los siguientes síntomas durante un período dado de 2 semanas, y uno de ellos debe ser el estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o placer: estado de ánimo depresivo la mayor parte del día; marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día; aumento o pérdida significativa de peso, o disminución o aumento del apetito; insomnio o hipersomnia; agitación o retardo psicomotor observado por otros; fatiga o pérdida de energía; sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada; capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión; pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.
Características mixtas	<p>Se considera que un episodio de manía o hipomanía tiene características mixtas cuando tres o más síntomas depresivos están presentes en la mayoría de los días del episodio. Esta condición suele ser difícil de diagnosticar y puede empañarse en un estado cíclico continuo; el pronóstico es peor que en el caso del estado maníaco o hipomaníaco puro.</p> <p>El riesgo de suicidio durante los episodios mixtos es muy elevado.</p>

Nota: Recopilada del Manual MSD, (2020).

En la Tabla 7, se describe la sintomatología del trastorno bipolar. Las personas con este trastorno padecen de episodios tales como la manía, hipomanía, depresión mayor y características mixtas.

c. Medicación

El tratamiento farmacológico del trastorno bipolar constituye un elemento indispensable, y tiene como objetivo reducir la intensidad, frecuencia y consecuencias de los episodios agudos, y mejorar el funcionamiento global y la calidad de vida. Antes de elegir la opción farmacológica oportuna para cada momento clínico del paciente, es preciso valorar cuidadosamente, el tipo y curso clínico del trastorno

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

bipolar en cuestión, es decir, el número de episodios previos, la gravedad de los mismos, la polaridad, el tipo de sintomatología predominante, los antecedentes de comorbilidad o complicaciones, el tiempo transcurrido desde el último episodio, el grado de funcionalidad interepisódica, la conciencia de enfermedad y el grado de adherencia, el acceso a los recursos sanitarios para controles periódicos y, especialmente, la respuesta previa a tratamientos anteriores.(Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno bipolar, 2012)

Para el tratamiento del trastorno bipolar se usan numerosos fármacos, como los estabilizadores, antipsicóticos, antidepresivos y los ansiolíticos. A continuación, se describen algunas opciones farmacológicas más utilizadas.

En el anexo 3 se muestra los medicamentos que tratan la depresión y sus respectivas dosis diarias.

[Ir a anexos](#)

Tabla 8.

Fármacos para el trastorno bipolar

Estabilizadores		Antipsicóticos		Antidepresivos		Ansiolíticos
Anticonvulsivos		Primera Generación	Segunda generación			
Litio	Valproato Sódico Carbamazepina Oxcarbamacepina Lamotrigina	Clorpromacina Haloperidol Levomepromazina Perfenacina	Risperidona Olanzapina Quetiapina Ziprasidona Aripiprazol Paliperidona Asenapina Amisulpiride Clozapina	ADT ISRS Diales NASSA Bupropión	VIRT	Benzodiacepinas

Nota: Recopilada de Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno bipolar (2012).

- **Estabilizadores**, actúan sobre el cerebro para ayudar con las emociones y los problemas anímicos. Se utilizan para reducir la ira, la ansiedad la impulsividad, la depresión (Morcuende y Martínez, 2019).
- **Antipsicóticos**, se han clasificado tradicionalmente en dos categorías: los fármacos convencionales o de primera generación, caracterizados por una especial afinidad por los receptores dopaminérgicos D2 y un estrecho margen terapéutico entre el efecto antipsicótico y el efecto adverso motor, concretamente síntomas extrapiramidales y discinesia tardía; y los fármacos atípicos o de segunda generación, caracterizados por un perfil receptorial más heterogéneo y mejor tolerabilidad. (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno bipolar, 2012)
- **Antidepresivos**, son fármacos inicialmente indicados en el tratamiento de las depresiones mayores, pero que se han extendido a otros diagnósticos. Se dividen en varias clases: los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), los tricíclicos (ADT), los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y los denominados “duales” (IRSNA) dado que actúan sobre la recaptación de dos de los tres principales neurotransmisores que intervienen en la depresión, es decir, la serotonina (5-HT) y la noradrenalina (NA). A dosis altas también actúan sobre la dopamina (DA) (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno bipolar, 2012).
- **Ansiolíticos**, como los benzodiacepinas, son empleadas para controlar la ansiedad y el insomnio. El uso de este fármaco no debe superar los tres meses para el tratamiento de la ansiedad y los 30 días para el insomnio, incluyéndose el periodo de retirada gradual del medicamento (Morcuende y Martínez, 2019).

Los trastornos depresivos y bipolares se encuentran dentro de los trastornos del estado ánimo, se caracterizan por una alteración en la conducta emocional del individuo por un tiempo prolongado. Se considera a la depresión como un trastorno unipolar donde solo existen episodios de tristeza.

Existen diferentes tipos de trastornos depresivos clasificados por el DSM-5 los más importantes son:

- Trastorno depresivo mayor.
- Trastorno depresivo persistente.

La depresión puede clasificarse por su gravedad, la leve presenta sintomatología, pero el individuo puede realizar las actividades diarias de manera casi normal o sin presentar efectos graves.

La depresión grave presenta varios síntomas y se observa que el individuo no puede realizar las actividades diarias ni trabajar de forma adecuada. La distimia es una depresión leve o moderada, pero durante largos períodos de tiempo (años).

Las estructuras del cerebro que sufren alteración por los trastornos depresivos son las siguientes: hipocampo, amígdala, corteza cerebral y el metabolismo de la glucosa.

Las alteraciones neurobiológicas se encuentran relacionadas con la serotonina, norepinefrina y dopamina en menor relación, juntas a las sinapsis neuronales. La disminución de serotonina (por disminución aguda de triptófano, DAT), la norepinefrina y estudios de bloqueo enzimático en humanos, mostró que la disminución en el sistema de monoaminas no afecta el ánimo de los controles sanos. La reducción de los neurotransmisores de serotonina producto de la disminución agua de triptófano (DATT) y la norepinefrina por la disminución de fenilalanina/ tirosina (DAFT) indicó que no afecta a personas sanas, pero sí levemente a individuos con historial familiar de depresión. La enzima de monoaminoxidasa A(MAO-A) se encarga de una correcta

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

cantidad de 5-HT, DA y norepinefrina dentro del SNC, en pacientes con depresión mayor se puede observar un aumento significativo de la enzima, posiblemente este mal funcionamiento esté involucrado con un menor conteo de monoaminas durante los episodios. (Díaz y González, 2012)

El aumento de la actividad anormal del eje hipotalámico-hipofisarioadrenal (HHA) se encuentra involucrado de cierta manera con la depresión mayor, y como se indicó antes, con niveles elevados de cortisol que se relacionan de manera compleja con el sistema de serotonina en el SNC explicarían como el estrés afecta al trastorno depresivo, una cantidad excesiva de cortisol y catecolaminas en la circulación sanguínea, que pueden resultar en una degeneración y diminución del hipocampo y problemas con la neuroplasticidad. (Aderson y McAllister-Williams, 2018)

En general los síntomas para el trastorno depresivo comienzan por una cognición anormal, sentimientos de tristeza profunda, estado de ánimo depresivo incluyendo pensamientos de suicidio o hasta el intento. La sintomatología somática va desde la reducción de las defensas, aumento de riesgo de infarto o problemas cerebrovasculares producto de las citocinas liberadas, dolor de cabeza y muscular (Manual MSD, 2020).

Los fármacos que tratan con el trastorno depresivo son los siguientes:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): Citalopram, Escitalopam, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina y Sertralina.
- Moduladores de la serotonina (antagonistas de los receptores 5-HT2): Trazodona, Mirtazapina.
- Inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina: Venlafaxina, Duloxetina y Milnacipram el Levomilnacipram.

- Inhibidor de la recaptación de noradrenalina-dopamina: Bupropión.
- Antidepresivos heterocíclicos: Amitriptilina, Imipramina, Clomipramina, Nortriptilina, Maprotilina.
- Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO): Enelzina, Tranilcipromina, Isocarboxazida
- Antidepresivo melatonérgico: Agomelatina.

El trastorno bipolar, se entiende como una patología que actúa sobre los mecanismos reguladores del estado de ánimo, con presencia de episodios alternantes de tipo maníaco, hipomaníaco, depresivo y mixto, presentándose en este último caso síntomas maníacos y depresivos a la vez. Es importante destacar que, a pesar, de ser característica la alternancia entre episodios de manía y depresión en muchos de los pacientes predomina uno sobre el otro; a su vez, el paciente puede manifestar breves períodos de eutimia, sin embargo, estos no representan el cese de la patología. Este trastorno afecta por igual a hombres y mujeres, y en especial a la población joven.

El trastorno presenta la siguiente clasificación: trastorno bipolar tipo I, trastorno bipolar tipo II, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar y trastorno relacionado inducidos por sustancias o medicamentos, trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica, otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado, y el trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado.

Las alteraciones neurobiológicas generadas por el trastorno bipolar se dan en función del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal del sistema neuroendocrino. El trastorno provoca una elevación de cortisol y una menor sensibilidad de los receptores de glucocorticoides; esta hiperactividad neuroendocrina se ha asociado con la supresión de la hormona tiroidea y con la alteración del patrón

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

circadiano de secreción de cortisol. Esta mayor resistencia de los receptores de glucocorticoides ha sido ligada a una elevación de citoquinas proinflamatorias y por lo tanto a alteraciones del sistema inmunológico; estas citoquinas activan la microglía del cerebro, lo que aumenta las señales inflamatorias, el estrés oxidativo, la disminución de factores neurotróficos, el aumento de glutamato con su consiguiente excitotoxicidad y disminuye el metabolismo de los sistemas monoaminérgicos de neurotransmisión (dopamina y serotonina).

Los síntomas del trastorno inician con fase aguda que es seguida por un curso de recidivas y remisiones. Las remisiones suelen ser completas, pero muchos pacientes tienen síntomas residuales, y para algunos, su capacidad laboral queda deteriorada. Las recidivas son episodios marcados por síntomas más intensos que son maníacos, depresivos, hipomaníacos o una mezcla de características depresivas y maníacas. La duración de los episodios puede ir desde unas pocas semanas hasta tres a seis meses. Los episodios depresivos tienen una duración mayor a los episodios maníacos.

La medicación utilizada para el tratamiento del trastorno bipolar, fármacos, como los estabilizadores (litio y anticonvulsivantes), antipsicóticos (especialmente de segunda generación), antidepresivos y los ansiolíticos.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad recomendada 1: Realice una breve explicación de las bases biológicas de los trastornos del ánimo. Para el desarrollo de esta actividad usted debe realizar una lectura previa de la neurobiología en la síntesis de la unidad de manera que pueda reconocer e identificar la neurobiología de los trastornos del ánimo para finalmente realizar

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

la explicación. Con esta asignación usted podría lograr reconocer los orígenes de estos trastornos a nivel biológico, que es de vital importancia para relacionarlo con fármacos antimaniacales.

Con la presente actividad usted podrá autoevaluar el nivel de aprendizaje por medio del cuestionario.



Autoevaluación 7

1. Los antidepresivos que funcionan como tratamiento para el trastorno bipolar están conformados por ADT, ISRS, Durales, NASSA, IMAO.
 - a. V.
 - b. F.
2. El DSM indica que dentro de la clasificación de trastornos bipolares existen el trastorno bipolar tipo I, tipo II y el tipo III que se define por la presencia de episodios depresivos mayores al menos con un episodio hipomaníaco, pero sin episodios maníacos completos.
 - a. V.
 - b. F.
3. Podemos decir que las características mixtas de la sintomatología del trastorno bipolar están conformadas por episodio de manía o hipomanía cuando tres o más síntomas depresivos están presentes en la mayoría de los días del episodio.
 - a. V.
 - b. F.
4. La hipomanía es una más extrema de la manía que involucra un episodio distinto que dura menos de 4 días con conductas que pueden ser similares al estado de ánimo no deprimido cotidiano del paciente.
 - a. V.
 - b. F.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

5. Es una variante menos extrema de la manía que involucra un episodio distintivo que dura cuatro días o más, con conductas que pueden distinguirse del estado de ánimo no deprimido habitual del paciente.

¿Cuál de los siguientes fármacos estabilizadores no pertenece a los anticonvulsivos?

- a. Valproato Sódico.
- b. Carbamazepina.
- c. Litio.
- d. Oxcarbamacepina.
- e. Lamotrigina.

6. Señale lo correcto, respecto a los episodios que se pueden presentar en el trastorno afectivo bipolar:

- a. Maníaco, hipomaniaco, depresivo y mixto.
- b. Maníaco, hiperactivo, depresivo y mixto.
- c. Maníaco, hipomaniaco, unipolar y mixto.
- d. Maníaco, hipomaniaco, depresivo y doble.

7. ¿Cuál es la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno afectivo bipolar?

- a. 2%
- b. 4%
- c. 6%
- d. 8%

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

8. Indique cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta:
- Trastorno bipolar tipo I se define por la presencia de por lo menos 3 episodios maníacos completo.
 - Trastorno bipolar II definido por la presencia de episodios depresivos menores al menos con un episodio hipomaníaco.
 - Trastorno ciclotímico los pacientes presentan periodos prolongados (mayores a dos años) de episodios hipomaníacos y depresivos.
 - Trastorno bipolar tipo I se define por la presencia de por lo menos un episodio depresivo.
9. Indique cuál de los siguientes síntomas se presenta en la manía:
- Tristeza prolongada.
 - Megalomanía.
 - Perdida de ánimo.
 - Desapego al placer.
10. ¿Cuál de los siguientes fármacos no pertenece a los indicados en el trastorno depresivo?
- Antipsicóticos.
 - Antidepresivos.
 - Ansiolíticos.
 - Antivirales.

[Ir al solucionario](#)

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Resultado de aprendizaje 3, 4 y 5

- Conocer la farmacocinética y farmacodinamia de las sustancias psicoactivas.
- Conocer las distintas sustancias psicoactivas que, en la actualidad, se utilizan para tratar determinados trastornos psicopatológicos.
- Dominar los principios de neurotransmisión que se ven involucrados en la acción de las sustancias psicoactivas.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje



Semana 8



Actividades finales del bimestre

Estimado estudiante, hemos llegado al final del primer bimestre de la asignatura, en la primera semana se vio la historia de la psicofarmacología teniendo como precursor a Emil Kraepelin que, en sus experimentos, observó los efectos de diferentes sustancias psicoactivas, sobre procesos cognitivos.

En la segunda semana estudiamos el sistema nervioso formado por neuronas y glía. Las neuronas son células especializadas que son capaces de enviar señales electroquímicas. Las partes principales de la neurona son: dendritas (reciben información), axón (trasmite información a los botones) y el soma (donde se encuentra el cuerpo principal y la mayoría de organelos de la célula).

En la semana tres abordamos la neurotransmisión en la sinapsis que se realiza por medio eléctrico y químico, trasmitiendo información de una neurona a otra. Los neurotransmisores se clasifican en tradicionales y no tradicionales.

En la semana cuatro abordamos Farmacocinética y farmacodinamia.

Farmacocinética y farmacodinamia

En la semana quinta se estudió los tipos de receptores y la unión que se da con el fármaco. Dentro del medicamento se encuentra el principio activo, pudiendo ser este agonista y antagonista, de receptores específicos de la neurona. De esta unión obtenemos los efectos terapéuticos y los secundarios. La dinámica de los fármacos está definida por: la afinidad, eficacia, potencia, actividad intrínseca.

La semana seis se estudió que los trastornos depresivos y bipolares se encuentran dentro de los trastornos del estado de ánimo, se caracterizan por una alteración en la conducta emocional del individuo por un tiempo prolongado. Se considera a la depresión como un trastorno unipolar donde solo existen episodios de tristeza.

La depresión puede clasificarse por su gravedad, la leve presenta sintomatología, pero el individuo puede realizar las actividades diarias de manera casi normal o sin presentar efectos graves. La depresión grave presenta varios síntomas y se observa que el individuo no puede realizar las actividades diarias ni trabajar de forma adecuada. La distimia es una depresión leve o moderada, pero durante largos períodos de tiempo (años).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

En la semana siete se continuó con la unidad 6, con el tema de trastornos bipolares. Para tener una mejor idea el trastorno bipolar, se entiende como una patología que actúa sobre los mecanismos reguladores del estado de ánimo, con presencia de episodios alternantes de tipo maníaco, hipomaníaco, depresivo y mixto, presentándose en este último caso síntomas maníacos y depresivos a la vez. Este trastorno afecta por igual a hombres y mujeres, y en especial a la población joven. El trastorno presenta la siguiente clasificación: trastorno bipolar tipo I, trastorno bipolar tipo II, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar y trastorno relacionado inducidos por sustancias o medicamentos, trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica, otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado, y el trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad recomendada 1: Estudiar los temas de la unidad 1 a la 6. Para ello debe realizar un resumen de las síntesis de cada unidad, identificando las partes más importantes vistas a lo largo de estas 7 semanas, finalmente repase el resumen. Con esto usted podrá refrescar lo aprendido y estar preparado para realizar la evaluación.



Segundo bimestre

Resultado de aprendizaje 4

Conocer las distintas sustancias psicoactivas que, en la actualidad, se utilizan para tratar determinados trastornos psicopatológicos.

Usted estimado estudiante, conocerá los fundamentos de la farmacología de la depresión y trastornos bipolares, enfocándonos en su neurobiología, síntomas y medicación, para realizar este aprendizaje nos ayudaremos de la guía y la realización de mapas conceptuales, breves explicaciones a modo de resúmenes, cuadros sinópticos, REAs y recurrir a distintas fuentes bibliográficas.

Para el desarrollo de la semana 9, es necesario la lectura del texto guía unidad 7 “Farmacología de los trastornos de ansiedad, TOC y relacionados con traumas y factores de estrés”. A continuación, se procederá con la lectura del subtema “Neurobiología, definición, síntomas, medicación utilizada” haciendo énfasis en la clasificación de los medicamentos. Se recomienda observar el video “[Trastornos de ansiedad. ¿Cuáles son los más importantes?](#)” (Amadag, 2020) con la finalidad de mejorar el entendimiento sobre lo que abarca el trastorno de ansiedad y sus tipos como son ataques de pánico o diversas fobias. En el video los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según la situación u objeto específico que pueda inducir a este tipo de trastorno, en las personas pueden encontrarse varios tipos de ansiedad, se pueden identificar con un análisis detallado de las situaciones que vive y evita.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje



Semana 9



Unidad 7. Farmacología de los trastornos de ansiedad, toc y relacionados con traumas y factores de estrés

La ansiedad es definida como una sensación de nerviosismo, preocupación o malestar que forma parte de la experiencia humana normal. Además de estar presente en una amplia gama de trastornos psiquiátricos, incluidos el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de angustia y las fobias. Si bien cada uno de estos trastornos es diferente, todos presentan una aflicción y una disfunción específicamente relacionadas con la ansiedad y el miedo. (Manua MSD, 2020)

Los trastornos de ansiedad comparten características de miedo y ansiedad excesivos, que están acompañados por cambios conductuales, que obliga a las personas que lo padecen, evitar ciertas situaciones. Además, los afectados pueden llegar a presentar síntomas físicos, como dificultad para respirar, mareos, sudoración, taquicardia y/o temblor. El miedo se entiende como la respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Se

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

debe tener en cuenta que los trastornos de ansiedad se diferencian de la ansiedad o el miedo normal, por ser excesivos (sobreestimar el peligro) y persistir por períodos largos (seis meses o más). En su mayoría, los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y si no son tratados pueden persistir. Estos trastornos afectan con mayor frecuencia a mujeres que a los varones, y tienen una relación dos a uno (Manual MSD, 2020).

Los trastornos de ansiedad según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición incluyen:

[Tipos de trastornos de ansiedad](#)

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Este trastorno se caracteriza por pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes, persistentes, no deseados e intrusivos (obsesiones) y por conductas o actos mentales repetitivos que los pacientes se sienten impulsados a hacer (compulsiones) a fin de disminuir o evitar la ansiedad que provocan las obsesiones. Dichas obsesiones no son placenteras ni voluntarias, por el contrario, son intrusivas e indeseadas, debido a que causan malestar o ansiedad en las personas que las padecen. En general las personas buscan suprimir estas obsesiones o neutralizarlas con otros pensamientos o acciones (APA, 2014; Lozano, 2017).

El trastorno obsesivo-compulsivo, es un poco más frecuente en las mujeres que en los varones, y afecta del 1 al 2% de la población. La edad media de inicio del TOC es 19 a 20 años, pero alrededor del 25% de los casos comienza hacia los 14 años (Manual MSD, 2020).

En el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2014), se clasifica al trastorno obsesivo-compulsivo dentro de la sección trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.

Figura 10.*Clasificación del trastorno obsesivo-compulsivo*

Nota: Recopilado de APA (2014).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Como se puede observar, en la figura 10 se muestra la clasificación del trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados.

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

El trauma y los trastornos relacionados con factores de estrés son trastornos en los que la exposición a un evento traumático o estresante aparece de manera explícita; como un criterio diagnóstico. Hay que destacar que el malestar psicológico que presenta una persona luego de estar expuesto a un evento traumático o estresante es bastante variable. En algunos casos, los síntomas se pueden entender dentro de un contexto basado en el miedo y la ansiedad; sin embargo, muchas personas que han estado expuestas a un evento traumático o estresante exhiben síntomas anhedónicos y disfóricos, exteriorizados como síntomas de enfado y hostilidad, o síntomas disociativos (APA, 2014).

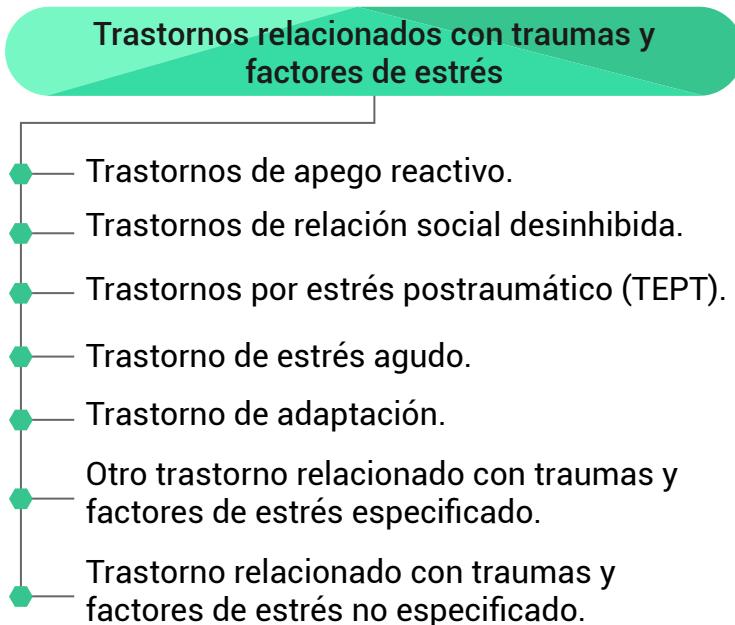
Un factor estresante puede ser físico, social, económico o de otra índole y puede estar asociado temporalmente (y también causalmente) con la aparición, la exacerbación o el inicio de un trastorno psiquiátrico. Por su parte un factor traumático es cualquier acontecimiento o evento que puede causar o implicar la amenaza de muerte, daños graves o violencia sexual a una persona, un familiar o un amigo cercano (Morales et al., 2016).

Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés se clasifican en:

Clasificación de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

Figura 11.

Clasificación de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés



Nota: Obtenido de APA (2014).

Trastornos de apego reactivo: Se desarrolla en la infancia (lactancia o la primera infancia), los niños con este trastorno presentan un patrón de apego o conductas notablemente alteradas e inadecuadas para el desarrollo, en el que el niño raramente acude a una figura de apego para su comodidad (APA, 2014).

Trastornos de relación social desinhibida: Se caracteriza por la presencia de un comportamiento culturalmente inapropiado, en el que el niño presenta un comportamiento demasiado familiar con personas relativamente extrañas (APA, 2014).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Trastornos por estrés postraumático (TEPT: Se genera tras la exposición a uno o varios eventos traumáticos, en el que la persona afectada desarrolla síntomas, los mismos que varían de un individuo a otro. Las personas afectadas pueden revivir el acontecimiento, tener pesadillas y evitar aquello que les recuerde lo ocurrido. (Manual MSD, 2020)

Trastorno de estrés agudo: Es una reacción disfuncional, desagradable e intensa que comienza poco después de un acontecimiento traumático o abrumador y que se prolonga durante menos de un mes. Si los síntomas persisten durante más de un mes, se diagnostica un trastorno de estrés postraumático. (Manual MSD, 2020)

Trastorno de adaptación. Las personas con este trastorno presentan síntomas emocionales o de comportamiento en respuesta a un factor de estrés identificable, este factor puede ser un solo evento o pueden existir múltiples factores de estrés (APA, 2014). Las personas afectadas a menudo se entristecen, se enfadan o se enojan de algún modo cuando suceden cosas desagradables. (Manual MSD, 2020)

7.1. Neurobiología, definición, síntomas, medicación utilizada

Trastornos de ansiedad

En la neurobiología de la ansiedad participan estructuras corticosubcorticales. La entrada sensorial de un estímulo condicionado de amenaza corre a través del tálamo anterior al núcleo lateral de la amígdala y luego es transferido al núcleo central de la amígdala, el cual se comporta como el punto central de diseminación de la información, coordinando la respuesta autonómica y de comportamiento. (Reyes, 2010)

La conexión de la ansiedad con las distintas estructuras da como resultado las siguientes reacciones:

Figura 12.

Conexión de la ansiedad con las distintas estructuras

1

Con el striatum hay una activación motoresquelética para "huir o atacar".

2

Con el núcleo parabranquial se aumenta la frecuencia respiratoria.

3

Con el núcleo lateral hipotalámico se activa el sistema nervioso simpático.

4

Con el locus ceruleus se genera un aumento de la liberación de norepinefrina, contribuyendo al incremento de la presión arterial, frecuencia cardíaca, sudoración, piloerección y dilatación pupilar. Su conexión con el núcleo paraventricular del hipotálamo da lugar a la liberación de neuropéptidos y adrenocorticoides como una respuesta hormonal al estrés.

5

Con la región gris periacueductal se desarrolla un comportamiento defensivo y posturas de congelamiento.

6

Con el núcleo dorsal del vago, que a la vez recibe estímulos del locus ceruleus y del hipotálamo, se produce activación del sistema parasimpático, incrementando la frecuencia urinaria y defecatoria, y dando lugar a bradicardia y ulceras gastrointestinales.

7

Con el núcleo trigémino y facial motor se produce la expresión facial de miedo y ansiedad.

Nota: Recopilado de Reyes, (2010).

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Hay que destacar que existen evidencias de las diferencias neurobiológicas entre los TOC y los trastornos de ansiedad; mientras que en la ansiedad la disfunción estaría en la amígdala y la corteza prefrontal (paradigma ansiedad/evitación) en el TOC la alteración estaría en el circuito órbito-fronto-estriatopálico – talámico. (Lozano, 2017)

Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés

Las personas que padecen este trastorno presentan anormalidades estructurales y funcionales a nivel cerebral, en áreas prefrontales y estructuras relacionadas con las emociones, que están involucradas en el procesamiento cognitivo y la respuesta al estrés. El circuito emocional tiene gran importancia en estos trastornos, siendo la amígdala la estructura que más destaca, puesto que se encarga del procesamiento emocional (adquisición, expresión y regulación del miedo). Cabe mencionar que los pacientes con este tipo de trastorno muestran una mayor reacción al miedo e hipervigilancia del ambiente, además de exhibir conductas alteradas, en respuesta a estímulos relacionados con el trauma, a la vez asociado a hiperactivación de la amígdala. (Puga, et al., 2020)

Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés

Estimado estudiante, a manera de síntesis de los temas abordados durante esta semana podemos indicar que los trastornos de ansiedad comparten características de miedo y ansiedad excesivos, que están acompañados por cambios conductuales, que obliga a las personas que lo padecen, evitar ciertas cosas y situaciones. Además, los afectados pueden llegar a presentar síntomas físicos, como dificultad para respirar, mareos, sudoración, taquicardia y/o temblor. En su mayoría, los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y si no son tratados pueden persistir. Estos trastornos

afectan en mayor frecuencia a mujeres que a los varones, y tienen una relación dos a uno. De acuerdo al APA (2014) los trastornos de ansiedad se clasifican en trastorno de ansiedad por separación, trastornos de ansiedad social (fobia social), trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos y el trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica.

En la neurobiología de la ansiedad participan estructuras corticosubcorticales. La entrada sensorial de un estímulo condicionado de amenaza corre a través del tálamo anterior al núcleo lateral de la amígdala y luego es transferido al núcleo central de la amígdala, el cual se comporta como el punto central de diseminación de la información, coordinando la respuesta autonómica y de comportamiento.

Los síntomas más comunes de un trastorno de ansiedad son:

- Alteraciones del estado de ánimo, junto con preocupación, culpa y tristeza.
- Ansiedad (nerviosismo, agitación y miedo).
- Falta de concentración.
- Problemas para conciliar el sueño.
- Conductas que procuran evitar, recuerdos, personas o lugares relacionados con un trauma.
- Desrealización (sensación que el mundo en el que vive es irreal).
- Alteraciones cognitivas (miedos irracionales).
- Otros.

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), se caracteriza por pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes, persistentes, no deseados e intrusivos (obsesiones) y por conductas o actos mentales repetitivos que los pacientes se sienten impulsados a hacer (compulsiones) a fin de disminuir o evitar la ansiedad que provocan

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

las obsesiones. Dichas obsesiones no son placenteras ni voluntarias, por el contrario, son intrusivas e indeseadas, debido a que causan malestar o ansiedad en las personas que las padecen. Hay que destacar que existen evidencia de las diferencias neurobiológicas entre los TOC y los trastornos de ansiedad; mientras que en la ansiedad la disfunción estaría en la amígdala y la corteza prefrontal (paradigma ansiedad/evitación) en el TOC la alteración estaría en el circuito órbito-fronto-estriatopálico-talámico.

Una persona puede ser diagnosticada con trastorno obsesivo-compulsivo si presenta obsesiones, compulsiones o ambas, que requieren mucho tiempo o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes.

El trauma y los trastornos relacionados con factores de estrés son trastornos en los que la exposición a un evento traumático o estresante aparece, de manera explícita; como un criterio diagnóstico. Hay que destacar que el malestar psicológico que presenta una persona luego de estar expuesto a un evento traumático o estresante es bastante variable. En algunos casos, los síntomas se pueden entender dentro de un contexto basado en el miedo y la ansiedad; sin embargo, muchas personas que han estado expuestas a un evento traumático o estresante exhiben síntomas anhedónicos y disfóricos, exteriorizados como síntomas de enfado y hostilidad, o síntomas disociativos.

Las personas que padecen este trastorno presentan anormalidades estructurales y funcionales a nivel cerebral, en áreas prefrontales y estructuras relacionadas con las emociones, que están involucradas en el procesamiento cognitivo y la respuesta al estrés. El circuito emocional tiene gran importancia en estos trastornos, siendo la amígdala la estructura que más destaca, puesto que se encarga del procesamiento emocional (adquisición, expresión y regulación del miedo).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

En el anexo 4 podemos observar la clasificación de medicamentos ansiolíticos y sus respectivas dosis.

Ir a anexos



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad recomendada 1: Realice un breve ensayo sobre las diferencias entre tratamiento combinado y tratamiento integrado. Para completar esta actividad usted deberá empezar con la lectura comprensiva de la unidad 7 e investigar en distintas fuentes bibliográficas como puede ser “[Tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad](#)” de Feliú,(2014), la finalidad de este documento es profundizar en los trastornos de ansiedad y sus diferentes tipos, y los criterios para diagnosticar a una persona, como ejemplo tenemos que puede ser que coexistan el trastorno de angustia y agorafobia dentro de un paciente, en este caso se deberá realizar diagnósticos separados.

En la actividad presentada a continuación usted se podrá evaluar el conocimiento adquirido mediante el cuestionario.



Autoevaluación 8

1. Indique a qué grupo de trastornos de ansiedad pertenecen el mutismo selectivo y la fobia específica:
 - a. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.
 - b. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias / medicamentos.
 - c. Trastorno de ansiedad por separación.
 - d. Trastorno de ansiedad generalizada.

2. Indique cuál es el trastorno de ansiedad que se caracteriza por un miedo patológico, desproporcionado, irracional e involuntario, que aparece ante un conjunto de circunstancias diferentes en las que la persona se siente indefensa ante la posibilidad de presentar crisis de pánico o alguno de sus síntomas específicos, así como otros síntomas incapacitantes o humillantes que sitúen al individuo en situaciones en las que no puede huir o recibir ayuda de forma inmediata.
 - a. Trastorno de pánico.
 - b. Agorafobia.
 - c. Trastorno obsesivo compulsivo.
 - d. Trastorno de ansiedad generalizada.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

3. Indique cuál es el trastorno de ansiedad que se caracteriza por la presencia de un estado de preocupación y nerviosismo excesivos en relación con diversas actividades o acontecimientos. Las personas afectadas sufren ansiedad la mayoría de los días durante un periodo de 6 meses o más.
 - a. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.
 - b. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias / medicamentos.
 - c. Trastorno de ansiedad por separación.
 - d. Trastorno de ansiedad generalizada.
4. ¿El trastorno obsesivo compulsivo, se caracteriza por varios síntomas que no son intrusivos e indeseados, y que causan gran malestar o ansiedad en las personas que los padecen? Uno de estos síntomas corresponde a las conductas o actos mentales repetitivos que los pacientes se sienten impulsados a hacer, con el fin de disminuir o evitar la ansiedad, esto corresponde a:
 - a. Obsesiones.
 - b. Compulsiones.
5. ¿Cuál es la edad media de inicio del trastorno obsesivo – compulsivo?
 - a. 15 a 17 años.
 - b. 9 a 15 años.
 - c. 19 a 20 años.
 - d. 18 a 20 años.
6. Indique si es verdadero o falso, el trastorno obsesivo– compulsivo, es un poco más frecuente en las mujeres que en los varones.
 - a. Verdadero.
 - b. Falso.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

7. ¿A qué porcentaje de la población afecta el trastorno obsesivo-compulsivo?
 - a. Del 1 al 5 %.
 - b. Del 2 al 3 %.
 - c. Del 1 al 3 %.
 - d. Del 1 al 2 %.
8. Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, se caracterizan por:
 - a. La exposición a un evento traumático o estresante.
 - b. El malestar psicológico que presenta una persona luego de estar expuesto a un evento traumático o estresante.
 - c. En algunos casos, los síntomas se pueden entender dentro de un contexto basado en el miedo y la ansiedad.
 - d. Todas las anteriores.
9. Qué tipo de factor es el acontecimiento o evento que puede causar o implicar la amenaza de muerte, daños graves o violencia sexual a una persona, un familiar o un amigo cercano.
 - a. Factor estresante.
 - b. Factor traumático.
10. El trastorno de apego-reactivo, se caracteriza por un patrón de apego o conductas notablemente alteradas e inadecuadas para el desarrollo, en el que el niño raramente acude a una figura de apego para su comodidad. Indique en qué etapa se desarrolla en:
 - a. Lactancia.
 - b. Preescolares.
 - c. Etapa media de la niñez.
 - d. Adolescencia.

[Ir al solucionario](#)

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos



Semana 10

En la semana 10 abordaremos la lectura del texto guía “Farmacología de la psicosis y esquizofrenia” correspondiente a la unidad 8. Se seguirá con la revisión del subtema “Neurobiología, definición, síntomas, medicación utilizada”. Se recomienda observar el video “[Trastornos psicóticos. Dr. Gorka Frutos](#)” (Frutos, 2020) con la finalidad de expandir la información de esta guía y fortalecer lo aprendido como son la clasificación de los síntomas en positivos y negativos en una persona con trastorno esquizofrénico.



Unidad 8. Farmacología de la psicosis y esquizofrenia

Para comenzar con la unidad es necesario conocer que la psicosis por sí misma no es un diagnóstico, es un concepto psicológico y fenomenológico. El término psicosis es utilizado para describir ciertos estados clínicos en los que la persona afectada pierde el contacto con la realidad, es decir, que existe una alteración significativa de la percepción, los pensamientos, el estado de ánimo y el comportamiento de una persona. No siempre se trata de una condición clínica estable, sino que varía de forma considerable en la persona que la presenta. Cuando los síntomas psicóticos aparecen o se reactivan (ideación delirante y alucinaciones), este estado se describe como un episodio o brote psicótico. (García et al., 2019; Payá, 2016; Sabina et al., 2016)

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Las características clave que definen los trastornos psicóticos son los delirios, las alucinaciones, los pensamientos desorganizados. El comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y los síntomas negativos (APA, 2014).

Características que definen al trastorno psicótico

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – 5), la psicosis se ubica dentro de la categoría del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, englobándose dentro de esta categoría nueve trastornos: la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno psicótico breve, el trastorno delirante, el trastorno psicótico inducido por sustancias, el trastorno psicótico secundario a enfermedad médica, la catatonia asociada a enfermedad médica y el trastorno psicótico no especificado. (APA, 2014)

Por su parte, el término esquizofrenia, agruparía un subgrupo de estos trastornos. Se debe mencionar que no todas las personas que desarrollan psicosis presentarán exactamente los mismos síntomas. Sino que la heterogeneidad clínica, patológica y etiológica parece ser la norma (García et al., 2019).

Pol (2015) asegura que, las personas que padecen de esquizofrenia presentan dificultades para diferenciar lo real de lo irreal. Además, la esquizofrenia está acompañada de ansiedad, depresión y, ocasionalmente, conductas suicidas. Los pacientes sufren de tensión, dificultades de concentración, insomnio, alucinaciones auditivas y/o visuales, mantienen creencias falsas, el pensamiento y el afecto aparecen alterados. Es una importante causa de discapacidad a largo plazo, altera las relaciones sociales y familiares, conlleva dificultades educativas y ocupacionales, pérdida de productividad, desempleo, enfermedad física y mortalidad prematura.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Las causas o factores que influyen en el desarrollo de la psicosis y la esquizofrenia, están relacionados al ámbito genético, a los factores de riesgo biológico y a los factores de riesgos psicosociales. Sin embargo, aún no se conoce cómo estos factores interaccionan entre sí para causar el trastorno. (García et al., 2019)

8.1. Neurobiología, definición, síntomas, medicación utilizada.

Aunque su causa específica es desconocida, la esquizofrenia tiene una base biológica, que se evidencia por:

- Alteraciones de la estructura encefálica, aumento de tamaño de los ventrículos cerebrales, adelgazamiento de la corteza, reducción del tamaño del hipocampo anterior y otras regiones del encéfalo.
- Cambios en la neuroquímica, especialmente actividad alterada de los marcadores de la transmisión de dopamina y glutamato.
- Factores de riesgo genético recientemente demostrados.

8.1.1. Esquizofrenia

Esquizofrenia

El anexo 5 muestra diferentes antipsicóticos y su administración en durante la fase aguda y de mantenimiento.

[Ir a anexos](#)

La psicosis por sí misma no es un diagnóstico, es un concepto psicológico y fenomenológico. El término psicosis es utilizado para describir ciertos estados clínicos en los que la persona afectada pierde el contacto con la realidad, es decir, que existe una alteración significativa de la percepción, los pensamientos, el estado de ánimo y el comportamiento de una persona.

Las características clave que definen los trastornos psicóticos son los delirios, las alucinaciones, los pensamientos desorganizados. El comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y los síntomas negativos (APA, 2014).

- **Delirios:** la persona que sufre de delirios se caracteriza por no ser capaces de prestar atención, estar desorientados, no pueden pensar con claridad y padecen fluctuaciones en el estado de alerta (consciencia).
- **Alucinaciones:** son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vividas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario.
- **El pensamiento desorganizado:** se infiere al discurso del individuo, en el que la persona puede cambiar de un tema a otro de manera errática.
- **Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía):**

El comportamiento motor muy desorganizado o anómalo se puede manifestar de diferentes maneras, desde las “tonterías” infantiloides a la agitación impredecible. El comportamiento catatónico es una disminución marcada de la reactividad al entorno.

- **Los síntomas negativos**, son responsables de una proporción importante de la morbilidad asociada a la esquizofrenia, siendo menos prominentes en otros trastornos psicóticos.

El término esquizofrenia, agruparía un subgrupo de estos trastornos. Se debe mencionar que no todas las personas que desarrollan psicosis presentarán exactamente los mismos síntomas. Sino que la heterogeneidad clínica, patológica y etiológica parece ser la norma (García et al., 2019). Las personas que padecen de esquizofrenia presentan dificultades para diferenciar lo real de lo irreal. Además, la esquizofrenia está acompañada de ansiedad, depresión y, ocasionalmente, conductas suicidas (Pol, 2015).

Los pacientes con esquizofrenia presentan alteraciones de la estructura encefálica, aumento de tamaño de los ventrículos cerebrales, adelgazamiento de la corteza, reducción del tamaño del hipocampo anterior y otras regiones del encéfalo. Asimismo, los cambios en la neuroquímica son notables, especialmente la actividad alterada de los marcadores de la transmisión de dopamina y glutamato. (APA, 2020)

Los síntomas de esquizofrenia deterioran la capacidad de realizar funciones cognitivas y motoras complejas y difíciles; por lo tanto, los síntomas a menudo crean una clara interferencia con el desempeño laboral, las relaciones sociales y el cuidado de sí mismo.

De acuerdo al MSD (2020), la esquizofrenia tiene cuatro fases que son: fase prodromática, los individuos pueden no mostrar síntomas o sufrir un descenso de la competencia social; fase de psicosis temprana, los síntomas son activos y, a menudo presentan gravedad máxima; fase intermedia, los períodos sintomáticos pueden ser episódicos o continuos; fase tardía de la enfermedad, el patrón puede quedar establecido, pero existe una variabilidad considerable; la incapacidad puede mantenerse, empeorar o incluso disminuir. Cabe mencionar que los síntomas de la esquizofrenia se clasifican en cuatro categorías que son: positivos, negativos, desorganizados y cognitivos.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Los medicamentos más usados para tratar los síntomas de la esquizofrenia son los antipsicóticos. Estos medicamentos no curan la esquizofrenia, pero pueden ayudar a mejorar su capacidad para funcionar y su calidad de vida (Eisenberg, 2014).



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad recomendada 1: Desarrolle un cuadro comparativo entre los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. Para realizar esta actividad usted deberá empezar con la lectura de la unidad 8 y ver el video de esta unidad. Para las características de esta clasificación y terminar el cuadro comparativo. Todo esto servirá como base y fortalecimiento de los síntomas de una esquizofrenia.



Autoevaluación 9

En la actividad presentada a continuación usted podrá evaluar el conocimiento adquirido mediante el cuestionario.

1. Escoja la opción correcta, respecto a la definición del siguiente término:

¿Qué es la psicosis?

- a. Es una enfermedad física.
- b. Es un diagnóstico.
- c. Es un tratamiento.
- d. Un concepto psicológico y fenomenológico.

2. ¿Cuáles son las características de un trastorno psicótico?

- a. Delirios.
- b. Alucinaciones.
- c. Pensamiento desorganizado.
- d. Todas las anteriores.

3. Cómo se llama el síntoma que se caracteriza por la inferencia del discurso del individuo, en el que la persona puede cambiar de un tema a otro de manera errática.

- a. Delirio.
- b. Alucinación.
- c. Pensamiento desorganizado.
- d. Ilusión.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

4. ¿Qué tipo de delirios son los más frecuentes?

- a. Delirios de grandeza.
- b. Delirios referenciales.
- c. Delirios persecutorios.
- d. Delirios erotomaníacos.

5. Escoja la opción correcta, respecto a la definición del siguiente término:

¿Qué son las alucinaciones?

- a. Percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo.
- b. Percepciones que tienen lugar por un estímulo externo.
- c. Delirios que se presentan con un grupo de personas.
- d. Percepciones tenues y poco claras.

6. De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – 5), la psicosis se ubica dentro de la categoría del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Señale cuál de los siguientes trastornos pertenece a este grupo:

- a. Esquizofrenia.
- b. Trastorno esquizoafectivo.
- c. Trastorno esquizofreniforme.
- d. Todos los anteriores.

7. ¿Qué factores influyen en el desarrollo de la psicosis y la esquizofrenia?

- a. Los relacionados al ámbito genético.
- b. Los factores de riesgo biológico.
- c. Los factores de riesgo psicosociales.
- d. Todas las anteriores.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

8. Señale cuáles son los resultados a nivel social, del deterioro cognitivo, y de las funciones motoras complejas y difíciles, que se presentan en los pacientes con esquizofrenia:
 - a. Desempleo.
 - b. Movimientos involuntarios.
 - c. Pérdida de conciencia.
 - d. Pérdida del lenguaje.

9. Indique en qué fase de la esquizofrenia aparecen síntomas subclínicos con retramiento o aislamiento, irritabilidad, suspicacia, pensamientos inusuales, distorsiones de la percepción y desorganización.
 - a. Fase prodromica.
 - b. Fase de psicosis temprana.
 - c. Fase intermedia.
 - d. Fase tardía.
 - e. Perfenazina.

10. ¿A qué grupo de síntomas de la esquizofrenia pertenecen el afecto aplanado, pobreza del habla, anhedonia, falta de sociabilidad?
 - a. Síntomas positivos.
 - b. Síntomas negativos.
 - c. Síntomas desorganizados.
 - d. Síntomas cognitivos.

[Ir al solucionario](#)



Resultado de aprendizaje 6

Conocer los efectos secundarios y colaterales que las sustancias psicoactivas tienen en el comportamiento de sujetos.

Usted estimado estudiante, aprenderá sobre la psicofarmacología de la recompensa y sustancias de abuso, potenciadores cognitivos e influencias de las culturas que consumen sustancias. Para esto se tendrá como recursos esta guía, diversa bibliografía, videos y REAs subidos en el EVA. Como ayuda para fortalecer las bases y lo aprendido se recomendará actividades como son análisis del contenido, resúmenes, cuadros sinópticos, esquemas y mapas conceptuales.

En la actual semana se abordará la lectura del texto guía “Psicofarmacología de la recompensa y sustancia de abuso” correspondiente a la unidad 9. Se seguirá con la revisión del subtema “Neurobiología de la recompensa y de la drogadicción, definición, signos y síntomas del abuso de sustancias, generalidades”. Se recomienda observar el video “[Abuso de sustancias](#)” (Pandemia Virtual Universitaria, 2020), para mejorar la comprensión del tema a tratar y sus generalidades y los tipos de dependencia tanto física como psicológica. En el video podemos observar que la adicción se define como el abuso de sustancias de manera repetitiva, toda persona puede ser vulnerable al abuso de sustancias o fármacos, pero existen factores que incrementan esta posibilidad como son: costo y disponibilidad de la sustancia, genética, personalidad de la persona y el ambiente en que se encuentra.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje



Semana 11



Unidad 9. Psicofarmacología de la recompensa y sustancias de abuso

La psicofarmacología es una disciplina científica que se basa en el estudio de los fármacos que modifican el comportamiento y la función mental a través de su acción sobre el sistema neuroendocrino. La psicofarmacología es una ciencia multidisciplinaria debido a que agrupa el interés que comparten médicos psiquiatras, generales y neurólogos, farmacólogos, y bioquímicos por el análisis de las sustancias que actúan modificando las funciones del sistema nervioso, y que se manifiestan en la conducta de los individuos. (Torales y Arce, 2017)

La recompensa es un término frecuentemente utilizado en la psicobiología de las farmacodependencias que describe los efectos placenteros o agradables de una droga. En general, las recompensas son estímulos que proporcionan una motivación positiva para la conducta. Una característica fundamental de las recompensas es que transfieren sus propiedades motivacionales a estímulos que

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

predicen su ocurrencia, y refuerzan respuestas que son contingentes. Por esta razón, las recompensas son reforzamientos. (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2005)

El sistema de recompensa es el encargado de regular la sensación de placer, memoriza los estímulos del ambiente, facilita el aprendizaje y promueve una conducta repetitiva (González, 2019). En base a esto el sistema de recompensa cerebral, se asocia al desarrollo y mantenimiento de una adicción, debido a que, desde las primeras fases de consumo de una sustancia, el organismo realiza una conducta instrumental dirigida a un objetivo; luego si dicha conducta se torna repetitiva y satisfactoria puede dar paso a una adicción como hábito compulsivo, que a su vez puede llegar a afectar al organismo de manera neurobiológica, cognitiva y conductual. (Razón, et al., 2017)

De acuerdo a Fanjul (2013), la adicción es una enfermedad que se caracteriza por el abuso y la búsqueda compulsiva de sustancias y por los cambios químicos de larga duración en el cerebro. Durante la adicción se producen cambios bioquímicos y fisiológicos que determinan una menor respuesta ante una misma cantidad de la sustancia administrada, lo que lleva al adicto a aumentar la dosis en forma progresiva para poder obtener un mismo efecto, es decir, se desarrolla tolerancia a la droga. Dichas alteraciones psicofisiológicas aumentan el deseo de la auto administración de dicha sustancia, creando una dependencia de la misma.

- El abuso de sustancias, hace alusión al uso indebido de una sustancia, es decir, a la autoadministración de cualquier fármaco o droga que genere consecuencias adversas (Naujoël, 2015).
- Dependencia, es el estado fisiológico de neuroadaptación producido por la administración repetida de una sustancia, que necesita ser administrada de manera continua para evitar el síndrome de abstinencia (Naujoël, 2015).

Las sustancias de abuso pueden clasificarse en: narcóticos, cannabinoides, depresores, estimulantes, inhalantes, entre otras (Fanjul, 2013). A su vez estas sustancias pueden agruparse en dos categorías: legales o ilegales como se muestra en la Tabla 9.

Tabla 9.

Clasificación de las sustancias legales e ilegales

Legales	Ilegales
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alcohol ▪ La nicotina ▪ La cafeína ▪ La teobromina o la teofilina ▪ Los fármacos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La marihuana ▪ El hachís ▪ La cocaína ▪ El MDMA ▪ Las anfetaminas o speed ▪ La heroína ▪ La fenciclidina o PCD ▪ El LSD ▪ La ketamina ▪ El popper ▪ Las setas alucinógenas

Fuente: Modificada de Badia, (2019).

Trastornos inducidos por sustancias

Las personas que padecen de un trastorno inducido por sustancias de abuso pueden presentar o llegar a experimentar una intoxicación por ingerir dosis elevadas de la sustancia de abuso, o por el contrario sufrir de abstinencia al no consumir la sustancia por períodos prolongados. A estos dos trastornos principales se le debe sumar amplio número de trastornos mentales, agrupados en la tercera categoría.

Trastornos inducidos por sustancias de abuso

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

9.1. Neurobiología de la recompensa y de la drogadicción, definición, signos y síntomas del abuso de sustancias, generalidades

Las sustancias de abuso (fármacos y drogas) generan alteraciones en las funciones normales del cerebro, produciendo cambios cognitivos, emocionales, motivacionales y conductuales. Al consumir drogas o sustancias de abuso, estas provocan la activación del circuito de recompensa cerebral, que incluye determinadas estructuras del sistema límbico (sistema amígdala-accumbens e hipocampo), que a su vez son los mismos mecanismos fisiológicos utilizados por los reforzadores naturales como el agua, la comida y la conducta sexual. (Guardia, Surkov y Cardús, 2010)

El sistema de motivación–recompensa está constituido por el núcleo de accumbens y el tegmentum ventral, que reciben una intensa modulación de la amígdala, la corteza cerebral, el hipocampo, el hipotálamo lateral, los núcleos pedúnculo-pontino-tegmental y laterodorsal tegmental. Las conexiones entre estas áreas se dan a través de neurotransmisores y neuromoduladores. Dentro de los neurotransmisores están: la dopamina, la acetilcolina (ACh), el glutamato, el ácido γ-amino butírico (GABA) y dentro de los moduladores están los endocannabinoides (eCBs) y las endorfinas (EDFs). (Méndez et al., 2010)

Al aumentar la dopamina en el núcleo de accumbens, liberada por el tegmentum ventral se experimenta placer; a su vez, las neuronas del tegmentum ventral aumentan su actividad a consecuencia de la activación inducida por el reforzador. También porque los sistemas que la modulan, como el serotoninérgico, el colinérgico, el gabaérgico y el glutamatérgico lo permiten. Una vez que el sistema está activo, puede permanecer activo y así prolongar el placer por la liberación de los eCBs¹⁶ y las EDFs. La interacción de todos estos neurotransmisores y neuromoduladores terminan generando en el sujeto la sensación subjetiva de recompensa, de placer, de felicidad. (Méndez et al., 2010)

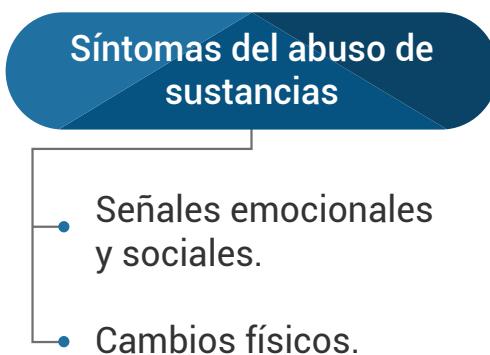
Hay que destacar que las drogas influyen directamente sobre los neurotransmisores y neuromoduladores que se ha mencionado anteriormente. Es así que la nicotina actúa sobre los receptores nicotínicos de la ACh; el alcohol, sobre los receptores a GABA (GABAA) y glutamato (NMDA); la marihuana, sobre los receptores a eCBs (CB1R); la morfina y la heroína, sobre los receptores a EDFs (MOR, DOR, KOR); las anfetaminas, el metilfenidato y la cocaína, sobre el transportador de dopamina (DAT); la tacha, el éxtasis o MDMA, sobre el transportador de serotonina (SERT). (Méndez et al., 2010)

Signos y síntomas del abuso de sustancias

A continuación, se mencionan los síntomas que se pueden presentar en una persona que consume sustancias de abuso.

Figura 13.

Síntomas de abuso de sustancias



Nota: Recopilado de Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC, 2021).

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)

Síntomas del abuso de sustancias

Tabla 10.

Síntomas del abuso de sustancias

Señales emocionales y sociales	Signos físicos
Mal humor, excitación, ira, hostilidad, depresión.	Somnolencia.
Mentir y robar constantemente.	Tremblor.
Negarse a reconocer los efectos nocivos de las drogas.	Ojos enrojecidos, pupilas dilatadas.
Evitar a viejos amigos o personas que podrían plantearles cara a cara la cuestión de las modificaciones de comportamiento.	Falta de interés en la higiene personal y aspecto descuidado.
Guardar secreto sobre las llamadas telefónicas.	Arrastrar las palabras.
Tener amigos que no quieren que usted conozca o de los que no quieren hablar.	Pérdida o aumento del apetito.
Contestar con evasivas cuando se les pregunta dónde han estado.	Movimientos descoordinados.
Pérdida de motivación.	Ojeras.
Falta de interés en la vida cotidiana.	Horarios de dormir irregulares.
Faltar a clase.	Frecuentes resfriados y tos.
	Pérdida de peso.

Nota: elaborado por el autor

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad recomendada 1: Elabore un cuadro sinóptico de los síntomas que se demuestran durante el consumo de sustancias. En esta actividad usted debe iniciar con la lectura previa del subtema 9.1, luego identificar las señales emocionales y sociales como también las físicas para finalmente elaborar el cuadro sinóptico. Con esta asignación usted podría lograr reconocer los diferentes síntomas que intervienen a la hora de consumir sustancias como son temblores, perdida de motivación, entre otros.



Autoevaluación 10

Con la presente actividad usted podrá autoevaluar el nivel de aprendizaje por medio del cuestionario.

1. La recompensa es un término frecuentemente utilizado en la psicobiología de las farmacodependencias. ¿Cuál es el enunciado correcto respecto a su definición?
 - a. Abuso de sustancias ilegales o al consumo excesivo de sustancias legales.
 - b. Son estímulos que proporcionan una motivación positiva para la conducta.
 - c. Capacidad que tiene un organismo para resistir y aceptar el aporte de determinadas sustancias, en especial alimentos o medicamentos.
 - d. Unión de reacciones físicas o corporales que ocurren cuando una persona deja de consumir sustancias a las que es adicta.
2. ¿Qué es abuso de sustancias?
 - a. Es el uso terapéutico de una sustancia.
 - b. Es la administración de una sustancia por indicación médica.
 - c. Es el uso necesario por medio de la admiración a un paciente.
 - d. Autoadministración de cualquier fármaco o droga que genere consecuencias adversas.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

3. Indique, cuál es el término que define el estado fisiológico de neuroadaptación producido por la administración repetida de una sustancia, que necesita ser administrada de manera continua para evitar el síndrome de abstinencia.
- Dependencia.
 - Tolerancia.
 - Recompensa.
 - Abuso.
4. Indique qué sustancia no es ilegal.
- La marihuana.
 - El hachís.
 - La cocaína.
 - La nicotina.
 - El MDMA.
5. Indique, cuál es el término que define un síndrome específico de la sustancia, reversible de cambios mentales y del comportamiento que puede implicar alteraciones de la percepción, euforia, deterioro cognitivo, deterioro del juicio, disminución del funcionamiento físico y social, labilidad del estado de ánimo, agresividad o una combinación de ellos.
- Intoxicación.
 - Abstinencia.
 - Dependencia.
 - Tolerancia.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

6. Indique, cuál es el término que define, el conjunto de efectos fisiológicos, síntomas y cambios de comportamiento específicos de una sustancia causados por la disminución o la reducción de la ingesta de esa sustancia. Y, que, para ser clasificado como un trastorno, este debe causar al paciente un malestar significativo y poner en peligro su desarrollo normal.
- Intoxicación.
 - Abstinencia.
 - Dependencia.
 - Tolerancia.
7. Indique si es verdadero o falso que las sustancias de abuso (fármacos y drogas) generan alteraciones en las funciones normales del cerebro, produciendo cambios cognitivos, emocionales, motivacionales y conductuales, activados por el circuito de recompensa cerebral, que incluye determinadas estructuras del sistema límbico (sistema amígdala-accumbens e hipocampo), diferentes a los reforzadores naturales como el agua, la comida y la conducta sexual.
- Verdadero.
 - Falso.
8. El sistema de motivación–recompensa está constituido por el núcleo accumbens y el tegmentum ventral, que reciben una intensa modulación de la amígdala, la corteza cerebral, el hipocampo, el hipotálamo lateral, los núcleos pedúnculo-pontino-tegmental y laterodorsal tegmental. Las conexiones entre estas áreas se dan a través de neurotrasmisores y neuromoduladores. Indique cuáles son los neuromoduladores implicados.
- Dopamina.
 - Acetilcolina.
 - GABA.
 - Endocannabinoides.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

9. Los síntomas del abuso de sustancias se clasifican en señales sentimentales junto a cambios físicos.
- a. V.
b. F.
10. ¿Cuál de los siguientes síntomas no es un signo físico?
- a. Somnolencia.
b. Temblor.
c. Ojos enrojecidos, pupilas dilatadas.
d. Falta de interés en la higiene personal y aspecto descuidado.
e. Faltar a clases.

[Ir al solucionario](#)



Semana 12

9.2. Factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento, psicoeducación y prevención

a. Factores de riesgo

De acuerdo al MSD (2018), existen tres factores que pueden ser el detonante para que una persona desarrolle una tendencia de consumo de drogas o sustancias de abuso, las mismas son:

Características físicas, aquí pueden estar incluidos los factores genéticos; sin embargo, los investigadores aún no han encontrado suficientes pruebas que permitan identificar las personas que son más susceptibles a desarrollar algún tipo de adicción de las que no lo harán.

Características personales, claramente no son un factor determinante, aunque las personas con bajos niveles de autocontrol (impulsividad) o con altas probabilidades de enfrentarse a riesgos y de buscar la novedad pueden tener una mayor susceptibilidad a desarrollar trastorno por uso de sustancias. Sin embargo, algunos científicos especializados en el comportamiento describieron el concepto de la personalidad adictiva, pero hay pocas evidencias científicas que apoyan este concepto.

Circunstancias de trastornos coexistentes, esto puede aumentar el riesgo; debido a que ciertas personas con desordenes emocionales, pueden experimentar un alivio temporal luego de utilizar algún medicamento.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

En torno a los factores culturales y sociales, el ambiente juega un papel crucial en el inicio, desarrollo y mantenimiento del consumo de sustancias, ya que la influencia de familiares y amigos aumentan el riesgo de que las personas comiencen a usar sustancias, y a su vez genera dificultades para que el paciente pueda dejar de usar una sustancia. (Manual MSD, 2018)

b. Diagnóstico

El abuso de sustancias puede ser diagnosticado por el médico cuando la persona acude a un profesional sanitario solicitando ayuda para interrumpir el uso de un fármaco, mediante la identificación de marcas en la piel y a través de ulceras o venas quemadas por inyecciones subcutáneas de droga, o a través del análisis de orina y la sangre para detectar la presencia de drogas.

Los criterios diagnósticos para la identificación del trastorno por uso de sustancias son cuatro:

Figura 14.

Criterios diagnósticos para identificación del trastorno por uso de sustancias

Incapacidad para controlar el uso de sustancias

- La persona toma la sustancia en cantidades mayores o por más tiempo que el previsto inicialmente .
- La persona desea detener o reducir el uso de la sustancia .
- La persona pasa un tiempo considerable en obtener, usar, o recuperarse de los efectos de la sustancia.
- La persona tiene un intenso deseo (craving) de utilizar la sustancia.

Deterioro social

- La persona no cumple con obligaciones en el trabajo, la escuela o el hogar.
- La persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de que le causa (o empeora) problemas sociales o interpersonales.
- La persona abandona o reduce la actividad social, ocupacional o recreativa importante, debido al uso de sustancias.

Uso de riesgo

- Persona que utiliza la sustancia en situaciones físicamente peligrosas (p.ej., al conducir o en circunstancias sociales peligrosas).
- La persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de saber que está empeorando un problema médico o psicológico.

Síntomas físicos del uso de sustancia/dependencia

- Tolerancia, la persona aumenta de manera progresiva la dosis de un fármaco para producir intoxicación o el efecto deseado de una dosis determinada disminuye el paso del tiempo.
- Abstinencia, efectos físicos indeseables cuando se detiene el consumo del fármaco o cuando su efecto es contrarrestado por un antagonista específico.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Las personas que presenten dos o más de los criterios antes mencionado en un periodo de 12 meses se considera que tiene un trastorno por uso de sustancias. La gravedad del mismo se determinará en función del número de criterios que padezca.

- Leve, dos a tres criterios.
- Moderado, de cuatro a cinco criterios.
- Grave, igual o mayor a seis criterios (Manual MSD, 2018).

c. Tratamiento

Para tener un tratamiento efectivo con la adicción a drogas y sustancias de abuso, se debe tener en cuenta el tipo de fármaco utilizado y las necesidades individuales del consumidor. Además, es necesario incorporar varios componentes, que incluyen la desintoxicación, la consejería y en ocasiones el uso de medicamentos contra la adicción (farmacoterapia).

Tabla 11.
Tratamiento de la adicción a sustancias

Adicción	Tratamiento
Opioides de prescripción	<ul style="list-style-type: none">■ Naltrexona, es un medicamento antagonista que impide que los opioides activen sus receptores. Se utiliza para tratar las sobredosis y la adicción, aunque su uso para la adicción ha sido limitado debido a la falta de adherencia y la tolerabilidad por parte de los pacientes.■ Metadona, es un agonista sintético de opioides que elimina los síntomas del síndrome de abstinencia y alivia la ansiedad por la droga, actuando sobre los mismos blancos en el cerebro que otros opioides como la heroína, la morfina y los analgésicos opioides.■ Buprenorfina, es un agonista parcial de opioides (es decir, tiene propiedades agonistas y antagonistas), y puede ser recetada por médicos certificados en un consultorio médico. Al igual que la metadona, puede reducir la ansiedad y es bien tolerada por los pacientes.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Adicción	Tratamiento
Depresores del sistema Nervioso Central (SNC)	<p>Los pacientes adictos a los barbitúricos y los benzodiacepinas no deben tratar de dejar de tomarlos por su cuenta. Los síntomas del síndrome de abstinencia de estas drogas pueden ser problemáticos, y en el caso de algunos depresores del SNC, pueden poner en peligro la vida.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Los pacientes primero deben someterse a una desintoxicación bajo vigilancia médica. Debido a que la dosis debe disminuirse gradualmente.▪ Deben asistir a terapia cognitiva – conductual.▪ Los pacientes adictos a los barbitúricos y las benzodiacepinas suelen usar otras drogas como el alcohol o la cocaína, por ello deben tener un tratamiento enfocado a varías adicciones.
Estimulantes de prescripción	<p>El tratamiento para la adicción a los estimulantes de prescripción, como Metilfenidato, se basa en las terapias conductuales que se utilizan en el tratamiento para la adicción a la cocaína y la metanfetamina.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Dependiendo de la situación del paciente, los primeros pasos en el tratamiento son: disminuir la dosis del fármaco de abuso e intentar aliviar los síntomas del síndrome de abstinencia.▪ Luego se procede con la desintoxicación con terapia conductual .

Nota: Recopilado de National Institute on Drug Abuse, (NIDA), (2012).

En la Tabla anterior se describe el tratamiento para combatir la adicción a opioides de prescripción, depresores del sistema nervioso central (SNC) o estimulantes de prescripción.

d. Psicoeducación y prevención

La psicoeducación es el punto de partida para la génesis de un tratamiento, involucrando al paciente y su entorno más cercano (familia) aprendiendo como afecta el trastorno en sí, sus síntomas y la mejor manera de sobrellevarlo, disminuyendo el índice de

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

recaídas como de internamientos de pacientes, lo indica José López-Santiago, presidente de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP) (VPSM, 2019). La psicoeducación en sí, se puede desarrollar como tratamiento o como parte del proceso por personas calificadas (psicólogos, neuropsicólogos), durante la enseñanza se indica los factores que inciden en producir el trastorno, como los síntomas del paciente de forma que entienda el contexto de su enfermedad con base científica. El otro punto donde se enfoca la psicoeducación es la reacción psicológica de la persona (pensamiento, ideas o creencias del trastorno) para un mejor manejo del estado de ánimo.

Iniciando la psicoeducación (tratamiento) el psicólogo debe estar preparado para abordar el problema, teniendo en cuenta la realidad sociocultural del paciente y su familia, demostrando comprensión y una relación de entendimiento mutuo.

La psicoeducación como prevención está conformada por dos ramas de manera general: primero la informativa caracterizada por la comunicación de la información y la segunda más popular y efectiva, es una transformación de la conducta del ser, motivada con al desarrollo de habilidades para la detección de síntomas tempranos. (Fernández, 2017)

Un modelo de prevención psicoeducacional es aquel que reconoce las deficiencias de los pacientes, en el desconocimiento de la adicción o sus consecuencias, se presenta información metodológica en concordancia a la madurez del paciente o los pacientes si es un grupo de trabajo. Como objetivo final la psicoeducación pretende que el paciente se autoforme y organice su vida. (Fernández, 2017)

Estimado estudiante. una vez finalizados los contenidos de la semana, podemos indicar que la psicofarmacología es una disciplina científica que se basa en el estudio de los fármacos que modifican el comportamiento y la función mental a través de

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

su acción sobre el sistema neuroendocrino. La recompensa es un término frecuentemente utilizado en la psicobiología de las farmacodependencias que describe los efectos placenteros o agradables de una droga. En general, las recompensas son estímulos que proporcionan una motivación positiva para la conducta. Una característica fundamental de las recompensas es que transfieren sus propiedades motivacionales a estímulos que predicen su ocurrencia, y refuerzan respuestas que son contingentes. Por esta razón, las recompensas son reforzamientos. El sistema de recompensa es el encargado de regular la sensación de placer, memoriza los estímulos del ambiente, facilita el aprendizaje y promueve una conducta repetitiva.

La adicción es una enfermedad que se caracteriza por el abuso y la búsqueda compulsiva de sustancias y por los cambios químicos de larga duración en el cerebro. Durante la adicción se producen cambios bioquímicos y fisiológicos que determinan una menor respuesta ante una misma cantidad de la sustancia administrada, lo que lleva al adicto a aumentar la dosis en forma progresiva para poder obtener un mismo efecto. Trastornos inducidos por sustancias son la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales.

Las sustancias de abuso (fármacos y drogas) generan alteraciones en las funciones normales del cerebro, produciendo cambios cognitivos, emocionales, motivacionales y conductuales. Al consumir drogas o sustancias de abuso, estas provocan la activación del circuito de recompensa cerebral, que incluye determinadas estructuras del sistema límbico (sistema amígdala-accumbens e hipocampo), que a su vez son los mismos mecanismos fisiológicos utilizados por los reforzadores naturales como el agua, la comida y la conducta sexual.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Los síntomas que puede presentar una persona que consume sustancias de abuso son: cambios en las señales emocionales y sociales, y cambios físicos. Señales emocionales y sociales: mal humor, excitación, ira, hostilidad, depresión, mentir y robar constantemente, negarse a reconocer los efectos nocivos de las drogas, guardar secreto sobre las llamadas telefónicas, tener amigos que no quieren que usted conozca o de los que no quieren hablar, contestar con evasivas cuando se les pregunta dónde han estado, pérdida de motivación. Signos físicos: somnolencia, temblor, ojos enrojecidos, pupilas dilatadas, falta de interés en la higiene personal y aspecto descuidado, arrastrar las palabras, pérdida o aumento del apetito, movimientos descoordinados y ojeras.

Los factores de riesgo que pueden ser el detonante para que una persona desarrolle una tendencia de consumo de drogas o sustancias de abuso, son: características físicas, aquí pueden estar incluidos los factores genéticos; características personales y circunstancias de trastornos coexistentes.

Los criterios diagnósticos para la identificación del trastorno por uso de sustancias son cuatro: Incapacidad para controlar el uso de sustancias, deterioro social, uso de riesgo y síntomas físicos del uso de sustancia/dependencia.

Para tener un tratamiento efectivo con la adicción a drogas y sustancias de abuso, se debe tener en cuenta el tipo de fármaco utilizado y las necesidades individuales del consumidor. Además, es necesario incorporar varios componentes, que incluyen la desintoxicación, la consejería y en ocasiones el uso de medicamentos contra la adicción (farmacoterapia).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad recomendada 1: Elaborar un mapa conceptual de los factores de riesgo para el consumo de sustancias. Primero se debe leer el subtema 9.2 y la síntesis de la unidad para poder determinar los factores de riesgo más relevantes y su repercusión a la persona, como último paso realizar el mapa conceptual. El fin de esta actividad es fortalecer los conocimientos adquiridos esta semana como son los factores físicos como personales, así como el diagnóstico y tratamiento de la persona que consume dichas sustancias.



Autoevaluación 11

Con la presente actividad usted podrá autoevaluar el nivel de aprendizaje por medio del cuestionario.

1. Señale lo correcto, respecto a los factores que pueden ser el detonante para que una persona desarrolle una tendencia de consumo de drogas o sustancias de abuso.
 - a. Características físicas, personales y circunstancias de trastornos coexistentes.
 - b. Características químicas, sociales y circunstancias futuras.
 - c. Trastornos coexistentes, genéticos y características físicas.
 - d. Trastornos psicosociales, genéticos y características globales.
2. En qué criterio para el diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias, se incluye el *craving*:
 - a. Incapacidad para controlar el uso de la sustancia.
 - b. Deterioro social.
 - c. Uso de riesgo.
 - d. Síntomas físicos del uso de sustancia/dependencia.
3. Las características personales son un factor determinante, porque las personas con bajos niveles de autocontrol o con altas probabilidades de enfrentarse a riesgos y de buscar la novedad pueden tener un menor porcentaje de susceptibilidad al desarrollar trastorno por uso de sustancias.
 - a. V.
 - b. F.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

4. En torno a los factores culturales y sociales, el ambiente juega un papel crucial en el inicio, desarrollo y mantenimiento del consumo de sustancias. ¿Cuáles de las siguientes también aumentan el riesgo de la persona a iniciar en el consumo de sustancias?
 - a. Mascotas y amigos.
 - b. Familiares y mascotas.
 - c. Personas desconocidas y amigos.
 - d. Familiares y amigos.
5. ¿Cuáles de los siguientes no representa un criterio de diagnóstico para identificación del trastorno por uso de sustancias?
 - a. Deterioro social.
 - b. Uso de riesgo.
 - c. Incapacidad para controlar el uso de la sustancia.
 - d. Uso responsable.
6. Dentro del deterioro social se presenta “que la persona desea detener o detener el uso de la sustancia”.
 - a. V.
 - b. F.
7. Las personas que presenten dos o más de los criterios que se usan para diagnosticar el consumo de sustancias en un periodo de 12 meses se considera que tiene un trastorno por uso de sustancias.
 - a. V.
 - b. F.



Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

8. Dependiendo de la gravedad del uso o abuso de sustancias este poder ser:
 - a. Leve, un criterio.
 - b. Moderado, de cuatro a cinco criterios.
 - c. Grave, igual o mayor a cinco criterios.
9. Para la adicción de opioides de prescripción se utiliza diferentes medicamentos. ¿Cuál de los siguientes no es un tratamiento para esta adicción?
 - a. Naltrexona.
 - b. Metadona.
 - c. Metilfenidato.
 - d. Buprenorfina.
10. La psicoeducación es el punto de partida para la génesis de un tratamiento, involucrando al paciente y su entorno más cercano (familia), aprendiendo como afecta el trastorno en sí, sus síntomas y la mejor manera de sobrellevarlo, disminuyendo el índice de recaídas.
 - a. V.
 - b. F.
11. La rama dentro de la psicoeducación está formada por la informativa y la regulación social.
 - a. V.
 - b. F.

[Ir al solucionario](#)



Semana 13

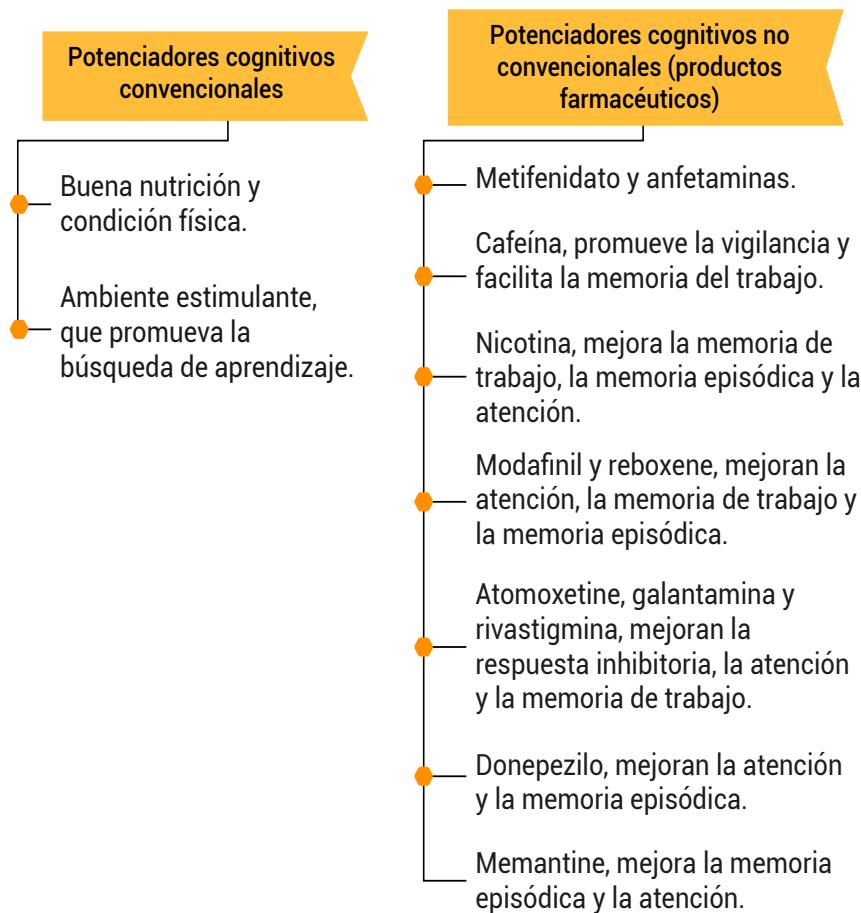
En la semana 13 abordaremos la lectura del texto guía “Potenciadores cognitivos: Los estimulantes y los agentes prodopaminérgicos/pro noradrenérgicos como potenciadores de la atención” correspondiente a la unidad 10. Se seguirá con la revisión del subtema “Generalidades, metilfenidatos, anfetaminas, no estimulantes y modafinilo”. Se recomienda una lectura comprensiva de la síntesis de la unidad.



Unidad 10. Potenciadores cognitivos: los estimulantes y los agentes prodopaminérgicos/pro noradrenérgicos como potenciadores de la atención

El término cognición se refiere a los procesos que usa un organismo para extraer información de su entorno y organizarla. Dichos procesos son: la percepción (obtención de la información), la atención, el aprendizaje, la memoria y las emociones. En la actualidad la sociedad busca potenciar estos procesos mediante la ampliación o extensión de las capacidades de la mente con la ayuda de fármacos, a fin de mejorar o aumentar los sistemas de procesamiento de la información. (Batule, 2018; Lupón, et al., 2012) Es así que, Batule (2018) afirma que los potenciadores cognitivos pueden agruparse en los potenciadores convencionales y no convencionales.

Figura 15.
Potenciadores convencionales y no convencionales



Nota: Modificado de Batule, (2018).

Psicoestimulantes

Los psicoestimulantes son una clase de fármacos que buscan potenciar la actividad cognitiva y conductual de niños, adolescentes y adultos. Cabe mencionar que estos medicamentos tienen un alto potencial de abuso. El potencial de fármacos como el metilfenidato y

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

la anfetamina, para calmar la conducta y mejorar la función cognitiva en personas con el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), ha impulsado que individuos sanos consuman este tipo de medicamentos, en especial estudiantes y trabajadores, debido a los altos estándares que impone la sociedad actual.

10.1. Generalidades, metilfenidato, anfetaminas, no estimulantes y modafinilo

a. Metilfenidato

El metilfenidato es un fármaco psicoestimulante utilizado para el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en la hipersomnia primaria y la narcolepsia. Este medicamento incrementa los niveles de dopamina, y norepinefrina en el cerebro. El metilfenidato actúa en el sistema nervioso central como inhibidor la recaptación de noradrenalina y dopamina, además aumenta la acción de ambos en el córtex prefrontal y otras áreas del cerebro. (Berridge y Devilbiss, 2012; Valverde y Inchauspe, 2014)

Debido a que este medicamento posee efectos estimulantes y ayuda a mantener la atención, así como la claridad, es usado frecuentemente por estudiantes (colegio y universidad). Sin embargo, al producirse un abuso, provoca efectos negativos en el sistema nervioso y el sistema cardiovascular tales como: agitación, irritabilidad, vértigo, euforia, letargo, temblores, inquietud, hiperlexia, alucinaciones, e incluso psicosis, todos a nivel del sistema nervioso; hipertensión, taquiarritmia (elevación del ritmo cardiaco) ventriculares y supra ventriculares, dolor de pecho, taquicardia (alteración de la frecuencia cardiaca), y en algunos casos taquipnea (respiración rápida), fiebre, midriasis (dilatación de la pupila), diaforesis (sudoración excesiva), dolor abdominal y vómitos. (Navas, de Caso y Blanco, 2012)

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

b. Anfetaminas

Las anfetaminas son utilizadas en el tratamiento de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y la narcolepsia. Incrementan los niveles de dopamina. En dosis terapéuticas causa efectos emocionales y cognitivos tales como euforia, mayor estado de alerta, mejor control cognitivo, reducción de hambre, sueño, y en general los pacientes muestran una sensación de bienestar. Esta sustancia, también produce efectos físicos como tiempo de reacción disminuido, resistencia a la fatiga, e incremento en la fuerza muscular. En pocos casos se pueden presentar ilusiones auditivas, ópticas y táctiles (Morales, 2015, Reyes, 2018).

Las anfetaminas están contraindicadas en pacientes psicóticos, epilépticos (bajan el umbral convulsivo), con disfunción hepática, que presenten tics, glaucomatosos, y aquellos que estén usando antidepresivos IMAO (inhibidores de la monoaminooxidasa). Los efectos secundarios en adultos son similares a los que presentan los niños, siendo los más frecuentes la disminución del apetito y el insomnio. Baja de peso, cefalea, náuseas, trastornos gastrointestinales y disforia se han descrito en forma excepcional.

Es importante destacar que el uso constante de esta sustancia se puede transformar en abuso, los efectos de bienestar se transforman en malestar; al abusar de la dosis de una sustancia los efectos positivos ceden a la tolerancia, produciendo efectos negativos como la ansiedad, agresividad, angustia, pánico e inquietud. Es usual que cuando los efectos agradables de una droga desaparecen, aparece la depresión, el cansancio, la irritabilidad, el decaimiento, la disforia, inclusive insomnio o somnolencia. (Morales, 2015)

c. No estimulantes y modafínilo

El modafínilo es usado en pacientes que sufren de narcolepsia, apnea obstructiva del sueño, síndrome de hipoapnea y desorden del sueño por turnos de trabajo. Este medicamento es de fácil acceso. Este fármaco es un inhibidor débil de la recaptación de la dopamina, las concentraciones del fármaco tras la administración oral son suficientemente altas para que actúen sustancialmente sobre la recaptación de dopamina, lo que podría explicar las raras ocasiones de psicosis y manía relacionados con su uso (Pérez, 2016)

Su efecto específico es desconocido, pero se plantea que es a través de la dopamina, noradrenalina y orexina en los sistemas de atención del lóbulo frontal. Mejora la atención, la memoria de trabajo y la memoria episódica. Fue creado inicialmente para el tratamiento de la narcolepsia y se usa con fines médicos para mantener la vigilia. (Batule, 2018)

El término cognición se refiere a los procesos que usa un organismo para extraer información de su entorno y organizarla. Dichos procesos son: la percepción (obtención de la información), la atención, el aprendizaje, la memoria y las emociones. En la actualidad la sociedad busca potenciar estos procesos mediante la ampliación o extensión de las capacidades de la mente con la ayuda de fármacos, a fin de mejorar o aumentar los sistemas de procesamiento de la información.

Los psicoestimulantes son una clase de fármacos que buscan potenciar la actividad cognitiva y conductual de niños, adolescentes y adultos. Cabe mencionar que estos medicamentos tienen un alto potencial de abuso. El potencial de fármacos como el metilfenidato y la anfetamina, para calmar la conducta y mejorar la función cognitiva en personas con el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), ha impulsado que individuos sanos consuman este tipo de medicamentos, en especial estudiantes y trabajadores, debido a los altos estándares que impone la sociedad actual.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

El metilfenidato es un fármaco psicoestimulante utilizado para el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en la hipersomnia primaria y la narcolepsia. Este medicamento incrementa los niveles de dopamina, y norepinefrina en el cerebro. El metilfenidato actúa en el sistema nervioso central como inhibidor, la recaptación de noradrenalina y dopamina, además aumenta la acción de ambos en el córtex prefrontal y otras áreas del cerebro.

El metilfenidato provoca efectos negativos en el sistema nervioso y el sistema cardiovascular tales como: agitación, irritabilidad, vértigo, euforia, letargo, temblores, inquietud, hiperreflexia, alucinaciones, e incluso psicosis, todos a nivel del sistema nervioso; hipertensión, taquiarritmia (elevación del ritmo cardiaco) ventriculares y supra ventriculares, dolor de pecho, taquicardia (alteración de la frecuencia cardiaca), y en algunos casos taquipnea (respiración rápida), fiebre, midriasis (dilatación de la pupila), diaforesis (sudoración excesiva), dolor abdominal y vómitos.

Las anfetaminas son utilizadas en el tratamiento de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y la narcolepsia. Incrementan los niveles de dopamina. En dosis terapéuticas causa efectos emocionales y cognitivos tales como euforia, mayor estado de alerta, mejor control cognitivo, reducción de hambre, sueño, y en general los pacientes muestran una sensación de bienestar

El modafínilo es usado en pacientes que sufren de narcolepsia, apnea obstructiva del sueño, síndrome de hipoapnea y desorden del sueño por turnos de trabajo. Este medicamento es de fácil acceso. Este fármaco es un inhibidor débil de la recaptación de la dopamina, las concentraciones del fármaco tras la administración oral son suficientemente altas para que actúen sustancialmente sobre la recaptación de dopamina, lo que podría explicar las raras ocasiones de psicosis y manía relacionados con su uso.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad recomendada 1: Realice un esquema grafico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Para desarrollar esta actividad usted debe examinar con detalle los recursos colocados en el EVA- CANVAS, síntesis de la unidad de la unidad 10, luego identificar los síntomas relevantes del déficit de atención con hiperactividad; Esta actividad será un refuerzo de la actual unidad para conocer los síntomas que produce este trastorno.



Autoevaluación 12

Con la presente actividad usted podrá autoevaluar el nivel de aprendizaje por medio del cuestionario.

1. Señale si el siguiente enunciado es verdadero o falso:

Los potenciadores cognitivos como el metilfenidato, las anfetaminas, la cafeína, pertenecen al grupo de los convencionales.

- a. Verdadero.
- b. Falso.

2. Señale si el siguiente enunciado es verdadero o falso:

Los psicoestimulantes han impulsado a que individuos sanos consuman este tipo de medicamentos, en especial estudiantes y trabajadores, debido a los altos estándares que impone la sociedad actual.

- a. Verdadero.
- b. Falso.

3. Señale el enunciado correcto:

¿Qué son los psicoestimulantes?

- a. Son fármacos que buscan potenciar la actividad cognitiva y conductual de las personas.
- b. Son fármacos que buscan inhibir la actividad cognitiva y conductual de las personas.
- c. Son fármacos que buscan potenciar la actividad neuronal.
- d. Son fármacos usados para el tratamiento de problemas de memoria.

4. Señale el enunciado correcto:

El metilfenidato es un fármaco psicoestimulante utilizado para el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en la hipersomnia primaria y la narcolepsia. ¿Cuáles son los neurotransmisores que incrementa en el cerebro?

- a. Serotonina y acetilcolina.
- b. Dopamina y GABA.
- c. Dopamina y norepinefrina.
- d. Norepinefrina y acetilcolina.

5. Señale el enunciado correcto:

Las anfetaminas son utilizadas en el tratamiento de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y la narcolepsia. ¿Cuál es el neurotransmisor que incrementa en el cerebro?

- a. Serotonina.
- b. Dopamina.
- c. Norepinefrina.
- d. Acetilcolina.

6. Señale si el siguiente enunciado es verdadero o falso:

Las anfetaminas son utilizadas en el tratamiento de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y la narcolepsia.

¿Están contraindicadas en los pacientes epilépticos?

- a. Verdadero.
- b. Falso.

7. Señale si el siguiente enunciado es verdadero o falso:

El abuso de anfetaminas puede causar efectos negativos como la ansiedad, agresividad, angustia, pánico e inquietud.

- a. Verdadero.
- b. Falso.

8. Señale el enunciado correcto:

¿Cuál es el efecto del modafinilo?

- a. Inhibidor débil de la recaptación de serotonina.
- b. Inhibidor débil de la recaptación de acetilcolina.
- c. Inhibidor débil de la recaptación de dopamina.
- d. Inhibidor débil de la recaptación de epinefrina.

9. Señale el enunciado correcto:

¿En qué trastornos está indicado el uso del modafinilo?

- a. Narcolepsia, desorden del sueño por turnos de trabajo.
- b. Narcolepsia, apnea obstructiva del sueño, síndrome de hipopnea, desorden del sueño por turnos de trabajo.
- c. Síndrome de hipopnea.
- d. Desorden del sueño por turnos de trabajo.

10. Señale si el siguiente enunciado es verdadero o falso:

El modafinilo mejora la atención, la memoria de trabajo y la memoria episódica. Fue creado inicialmente para el tratamiento de la narcolepsia y se usa con fines médicos para mantener la vigilia.

- a. Verdadero.
- b. Falso.

[Ir al solucionario](#)

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos



Semana 14

En la semana 14 se recomienda una lectura comprensiva del texto guía “Tradiciones ancestrales relacionadas al consumo de sustancias. (Tema de interculturalidad)” correspondiente a la unidad 11. Se seguirá con la revisión del subtema “Generalidades de plantas autóctonas de Sudamérica, ayahuasca, coca, tabaco.”.



Unidad 11. Tradiciones ancestrales relacionadas al consumo de sustancias (tema de interculturalidad)

Los pueblos y comunidades originarias del continente americano a lo largo de su historia han utilizado diversas sustancias que provocan alteraciones en la percepción de la realidad. El consumo de plantas tradicionales de las que se derivan las sustancias psicoactivas tiene un significado en los diversos pueblos indígenas (Moscoso y Titto, 2015).

Tradiciones de los pueblos y comunidades originarias del continente americano

[Tradiciones de los pueblos y comunidades originarias del continente americano](#)

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Los pueblos y comunidades originarias del continente americano a lo largo de su historia han utilizado diversas sustancias que provocan alteraciones en la percepción de la realidad. El consumo de plantas tradicionales de las que se derivan las sustancias psicoactivas tiene un significado en los diversos pueblos indígenas.

Las tribus Huicholes ingerían el cactus conocido como peyote en sus rituales religiosos; mientras que los indios de Norteamérica (Apaches, Kiowas y Sioux) crearon una especie de religión y culto en relación al “peyote”. Los pueblos Mazatecos y Zapotecas de Centroamérica utilizaban teonanáctl llamado también “hongo sagrado” con propósitos místicos y curativos; mientras que los aborígenes del Brasil utilizaban la waika para sus ritos con el árbol virola. En la cultura andina (1.500 A. C.) tenían gran relevancia las manifestaciones religiosas relacionadas con el uso de la hoja de coca.

En Sudamérica existe una alta concentración de plantas con propiedades psicotrópicas, que son usadas en rituales y prácticas religiosas. Para los pueblos indígenas cada planta cuenta con una personalidad en específico. Algunas representan a la mujer o al hombre, algunas son de aire y otras de fuego; unas se dejan en la boca, con otras se preparan bebidas, ciertas especies tienen propiedades que se aprovechan a través de soplar y en algunos casos las características de la planta se absorben por la piel. Cabe mencionar que ciertos rituales pretenden otorgar una purificación física, mental y espiritual que busca solucionar problemas, preocupaciones o enfermedades de manera natural.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad recomendada 1: Elabore un resumen de la ayahuasca. Para cumplir con esta actividad usted debe realizar una lectura y análisis de la unidad 11, luego identificar las ideas principales del potencial de terapéutico de la ayahuasca en la depresión, finalmente elabore el resumen. Con esta asignación, usted identificará los aspectos más importantes de la ayahuasca como tratamiento para las personas con trastorno depresivo.



Autoevaluación 13

Con la presente actividad usted podrá autoevaluar el nivel de aprendizaje por medio del cuestionario.

1. ¿Qué consumían los pueblos Mazatecos y Zapotecas de Centroamérica para lograr una alteración en la percepción de la realidad?
 - a. Peyote
 - b. Teonanáctl (*Psilocybe mexicana*) llamado también “hongo sagrado”.
 - c. Hoja de coca.
 - d. San Pedrillo.
2. ¿Qué pueblos de Norteamérica fundaron una religión en relación al “peyote”?
 - a. Las tribus Huicholes.
 - b. Los pueblos Mazatecos y Zapotecas de Centroamérica.
 - c. La cultura andina.
 - d. La cultura Tiwanacota.
3. ¿Qué planta usaban en la cultura andina para sus propósitos religiosos?
 - a. Peyote.
 - b. Teonanactl (*Psilocybe mexicana*) llamado también “hongo sagrado”.
 - c. Hoja de coca.
 - d. San Pedrillo.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

4. ¿Cómo se llaman las personas encargadas de las prácticas religiosas en la cultura andina?

- a. Inca.
- b. Shamán.
- c. Jefe.
- d. Tiwanacota.

5. ¿Cuál es el nombre local de la planta *Datura inoxia*?

- a. Pishicol.
- b. Borrachero.
- c. Coca.
- d. Chamico.

6. Señale si el siguiente enunciado es verdadero o falso:

El yagé (*Banisteriopsis caapi* Sprunce ex) es una planta alucinógena, consumida ancestralmente dentro de un ritual. En base a esta planta se elabora una bebida conocida como ayahuasca, que fue utilizada sólo en la Amazonía de Colombia.

- a. Verdadero.
- b. Falso.

7. Indique en dónde se usa La *Nicotiana paniculata*, también conocida como tabaco cimarrón:

- a. Piura – Perú.
- b. Desde Ecuador hasta México.
- c. De Bolivia hasta Brasil.
- d. De Chile a Colombia.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

8. La hoja de coca en los Andes tiene una importancia de carácter religioso, cultural, social, político, y económico. Pero además tenía otras utilidades. Indique cuáles son estas:
 - a. Medicina y adivinación.
 - b. Rituales satánicos.
 - c. Para espantar los espíritus de la selva.
 - d. Para dar la bienvenida a los visitantes.

9. Indique qué clase de tabaco es largo y grueso, produce humo azul (a diferencia de los cigarrillos que producen humo gris), y es utilizado para la comunicación con los seres de otros mundos.
 - a. Tabaco para fumar.
 - b. Tabaco para soplar.

10. Indique en dónde se siembra el tabaco, según la tradición:
 - a. Alrededor de la maloca y en la chagra.
 - b. En el páramo.
 - c. En las llanuras.
 - d. En la selva.

Ir al solucionario

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos



Semana 15

En la quinceava semana se iniciará con el análisis y estudio de texto guía “Influencias interculturales en el consumo de sustancias. (Tema de interculturalidad)” correspondiente a la unidad 12. Se seguirá con la revisión del subtema “Influencia social de los compañeros, el aprendizaje social, el apoyo social, las redes sociales, subculturas desviadas e identificación de grupos”.



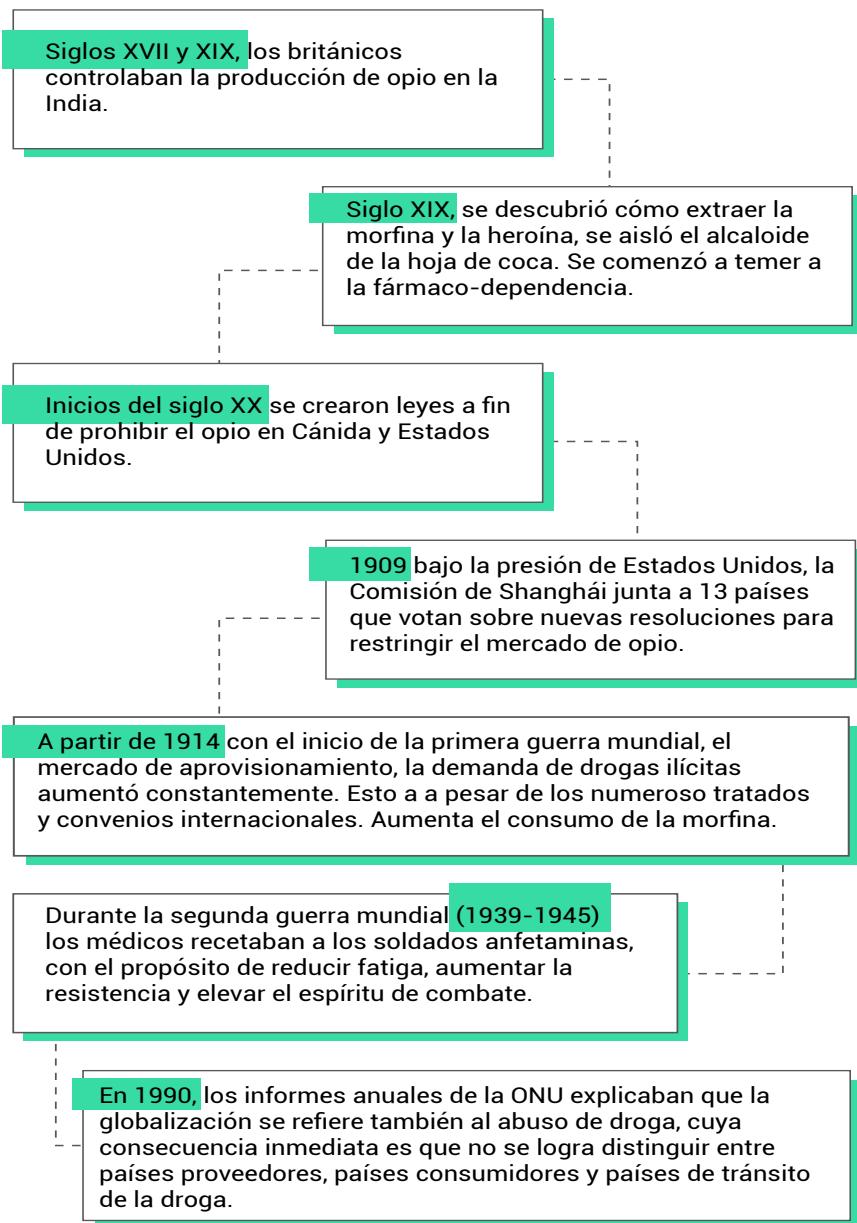
Unidad 12. Influencias interculturales en el consumo de sustancias. (Tema de interculturalidad)

A lo largo de la historia de la humanidad, el consumo de sustancias psicoactivas ha sido impulsada como una práctica cultural por ciertas comunidades indígenas, así como un mecanismo de socialización, de identidad o de encajar en un grupo, y también como un producto comercial, ya sean drogas naturales o sintéticas, ilegales o legales (Cuerno, 2013).

La globalización ha jugado un papel fundamental en la comercialización y consumo de sustancias. A continuación, se muestra un esquema de los eventos más destacados en orden cronológico del consumo de sustancias a lo largo de la historia.

Figura 16.

Orden cronológico de los eventos más relevantes del consumo y producción de sustancias



Nota: Obtenido de Moscoso y Titto, (2015); Brochu y Zambrana, (2005).

Consumo masivo de drogas a nivel mundial

El consumo masivo de drogas a nivel mundial inició en los movimientos juveniles de la década de los años 60s, como protesta a la estructura social, simbolizada especialmente en el rechazo a la guerra del Vietnam. De este modo, se hizo popular el consumo de marihuana y otras drogas psicodélicas como el ácido lisérgico (LSD) particularmente entre la juventud de América del Norte.

A nivel mundial, las dos drogas ilícitas, de mayor consumo siguen siendo el cannabis (prevalencia anual mundial entre el 2,6% y el 5,0%) y los estimulantes de tipo anfetamínico, excluido el "éxtasis", (0,3% a 1,2%). La prevalencia anual mundial de la cocaína es del 0,3% y el 0,4% y de los opiáceos (opio y heroína) entre el 0,3% y el 0,5%.

12.1. Influencia social de los compañeros, el aprendizaje social, el apoyo social, las redes sociales, subculturas desviadas e identificación de grupos

El consumo de drogas puede manifestarse de muchas maneras, tales como el consumo inicial asociado al uso experimental, social, regular, continuo, intermitente, intenso y compulsivo, y la dependencia a la misma va a estar ligada a la fuerza, el tipo, la dosis y la frecuencia del uso de la droga. Esas variables, así como otros factores socioculturales son capaces de producir cambios físico-bioquímicos importantes en el cerebro alterando de manera significativa algunas funciones psíquicas y neuronales. (Caravaca et al., 2015)

En el consumo de drogas, los factores socioculturales pueden estar involucrados en el aumento o disminución del patrón de consumo de drogas, pudiendo estar modificados por macrovariables tales como la neoglobalización. Entre esos factores se puede mencionar: la influencia del grupo de pares, cambios en la comprensión y aplicación de los valores culturales, el entretenimiento, la espiritualidad y las relaciones familiares. (Caravaca et al., 2015)

Influencia social de los compañeros

La adicción y consumo de drogas a partir del individuo no es meramente puntual o aislado a este, sino una interacción psicología, social y física, la mayoría de adicciones comienza con cumplir un rol o meta psicosocial.

Levin (2011) manifiesta que la adicción es una enfermedad que se construye en el entorno, en la sociedad, y cómo el sujeto interactúa con esta (Mendoza y Vargas, 2017).

En este sentido, los adolescentes en particular corren mayor riesgo, porque la presión de los compañeros puede ser muy fuerte. La adolescencia es un período de desarrollo durante el cual la presencia de factores de riesgo—como los amigos que consumen drogas—puede llevar al consumo de estas sustancias (Ochoa y Madoz Gúrpide, 2008).

Aprendizaje social

Bandura es el primero en indicar que el aprendizaje social también llamado teoría cognoscitiva social está conformada por el medio que rodea a la persona, su conducta y la persona en sí que está en continuo aprendizaje, esta teoría se la ha explotado a gran medida en los estudios de adicciones de sustancias como en programas preventivos que a su vez respaldan su eficacia. Bandura nos indica los factores que forman a la conducta de la persona como pueden ser los estímulos externos, refuerzos externos y procesos cognitivos (Tirapu, 2012; Elisardo, 2007).

El apoyo social y las redes sociales

Podemos definir al apoyo social como el activo que genera un bien al nivel de salud y bienestar del individuo, y las personas que lo rodean mediante la interconexión que se generan aun en situaciones de estrés como mecanismo de reducción de ansiedad o miedo. (Pineda, et al., 2010)

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

La hipótesis de que el apoyo social es un factor protector de la recaída del consumo de drogas, en pacientes que habían alcanzado la abstinencia del consumo, tras seis meses de tratamiento. Se encontró que, por cada punto de incremento en la escala de autopercepción de apoyo social, el riesgo de recaída disminuye en tres puntos porcentuales. (Garmendia, et al., 2008, p. 173)

Para que se pueda originar el apoyo social entre individuos se debe generar o establecer conexiones sociales donde el círculo más básico e importante de la red social son las personas que contemplan una conexión emocional con el individuo, ejemplo padres, hijos, hermanos, etc. Un nivel más externo pueden ser amigos, personas fuera del núcleo familiar, compañeros de estudios o trabajo hasta llegar al exterior de la red social comprendida por desconocidos y donde no se presentan ningún tipo de lazo emocional. Estas redes sociales son las que generan el apoyo social a la persona influyendo en su salud y bienestar.

Subculturas desviadas e identificación de grupos

En el ámbito social podemos indicar que la desviación que se produce en una subcultura puede estar regido por situaciones particulares o un comportamiento más generalizado, va desde lo verbal a lo físico, del individuo al grupo; trasgrediendo la normativa vigente de la sociedad, es esta misma sociedad que juzga si el comportamiento es desviado enmarcado en el contexto histórico, las opiniones de diferentes grupos socioculturales que componen la sociedad en sí y el contexto situacional. (EcuaRed, 2011)

Podemos definir al grupo como asociación de individuos con un mismo fin que se relacionan entre sí para lograrlo; Para lograr esta meta deben estar organizados y cumplir la agenda.

Las principales características dentro de un grupo son:

- a. Identificación.
- b. Estructura.
- c. Roles.
- d. Interacción.
- e. Normativa.

Dentro de la estructura tenemos los grupos primarios que se encuentran conformados por individuos con lazos emocionales, uno de ellos puede ser la familia. El grupo secundario lo conforman individuos con menor carga emocional, son más racionales y sus vínculos son débiles comparados con los del grupo primario, como ejemplo tenemos grupos escolares, asociaciones, profesores de un establecimiento. El último grupo lo conforma los conglomerados, personas que están en contacto, pero con escasa relación social como en salas de cines, manifestaciones o restaurantes. (Pérez, 2007)

A lo largo de la historia de la humanidad, el consumo de sustancias psicoactivas ha sido impulsada como una práctica cultural por ciertas comunidades indígenas, así como un mecanismo de socialización, de identidad o de encajar en un grupo, y también como un producto comercial, ya sean drogas naturales o sintéticas, ilegales o legales.

El consumo masivo de drogas a nivel mundial inició en los movimientos juveniles de la década de los años 60s, como protesta a la estructura social, simbolizada especialmente en el rechazo a la guerra del Vietnam. De este modo, se hizo popular el consumo de marihuana y otras drogas psicodélicas como el ácido lisérgico (LSD) particularmente entre la juventud de América del Norte.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

Anexos



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad recomendada 1: Realizar un resumen de las ideas principales de la unidad. Se recomienda comenzar con una lectura comprensiva de la unidad y de la síntesis para identificar las ideas relevantes y ,finalmente realizar el resumen y la autoevaluación.



Autoevaluación 14

En la actividad de a continuación usted se podrá evaluar el conocimiento adquirido mediante el cuestionario.

1. Las drogas pueden ser:
 - a. Legales.
 - b. Ilegales.
 - c. Naturales.
 - d. Sintéticas.
 - e. Todas las anteriores.

2. ¿En qué siglo se dictaron leyes en contra del consumo de drogas en Estados Unidos y Canadá?
 - a. XIV.
 - b. XX.
 - c. XIX.
 - d. XV.
 - e. XVI.

3. ¿Qué sustancia recetaban los médicos durante la Segunda Guerra para reducir fatiga?
 - a. Antidepresivos.
 - b. Ansiolíticos.
 - c. Anfetaminas.
 - d. LSD.
 - e. Coca.

4. ¿Cuándo se inició el consumo de drogas a nivel mundial?

- a. En los 50s.
- b. En los 70s.
- c. En los 90s.
- d. En los 60s.

5. ¿Cuál es la droga de mayor consumo a nivel mundial?

- a. Éxtasis.
- b. Opio.
- c. Heroína.
- d. Cannabis.
- e. Cocaína.

6. El consumo de drogas se manifiesta de manera:

- a. Experimental.
- b. Social.
- c. Regular.
- d. Continuo.
- e. Todas las anteriores.

7. Los adolescentes corren mayor riesgo de caer en el consumo de drogas.

- a. Verdadero.
- b. Falso.

8. La adicción y consumo de drogas a partir del individuo no es meramente puntual o aislado a este, sino una interacción psicología, social y física, la mayoría de adicciones comienzan con cumplir un rol o meta psicosocial.

- a. Verdadero.
- b. Falso.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Ir al solucionario

9. El consumo de sustancias psicoactivas ha sido impulsado como una práctica cultural por ciertas comunidades indígenas.
 - a. Verdadero.
 - b. Falso.
10. Los amigos que consumen drogas, pueden causar el consumo en otros adolescentes.
 - a. Verdadero.
 - b. Falso.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)

Resultado de aprendizaje 4 y 6

- Conocer las distintas sustancias psicoactivas que, en la actualidad, se utilizan para tratar determinados trastornos psicopatológicos.
- Conocer los efectos secundarios y colaterales que las sustancias psicoactivas tienen en el comportamiento de sujetos.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje



Semana 16



Actividades finales del bimestre

Estimados estudiantes, hemos llegado al final del segundo bimestre. En la semana nueve vimos que los trastornos de ansiedad comparten características de miedo y ansiedad excesivos, que están acompañados por cambios conductuales, que obliga a las personas que lo padecen, evitar ciertas cosas y situaciones. Además, los afectados pueden llegar a presentar síntomas físicos, como dificultad para respirar, mareos, sudoración, taquicardia y/o temblor. En su mayoría, los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y si no son tratados pueden persistir.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

En la semana diez abordamos la unidad 8 que habla de la psicosis, que es un concepto psicológico y fenomenológico. El término psicosis es utilizado para describir ciertos estados clínicos en los que la persona afectada pierde el contacto con la realidad, es decir, que existe una alteración significativa de la percepción, los pensamientos, el estado de ánimo y el comportamiento de una persona.

En la semana once se expuso sobre la primera parte de la unidad 9 que trata de la recompensa como un término frecuentemente utilizado en la psicobiología de las farmacodependencias que describe los efectos placenteros o agradables de una droga, las recompensas son estímulos que proporcionan una motivación positiva para la conducta. Una característica fundamental de las recompensas es que transfieren sus propiedades motivacionales a estímulos que predicen su ocurrencia, y refuerzan respuestas que son contingentes. El sistema de recompensa es el encargado de regular la sensación de placer, memoriza los estímulos del ambiente, facilita el aprendizaje y promueve una conducta repetitiva.

Durante la semana doce se vio los factores de riesgo que pueden ser el detonante para que una persona desarrolle una tendencia de consumo de drogas o sustancias de abuso, estas son: características físicas, aquí pueden estar incluidos los factores genéticos; características personales y circunstancias de trastornos coexistentes. Los criterios diagnósticos para la identificación del trastorno por uso de sustancias son cuatro: Incapacidad para controlar el uso de sustancias, deterioro social, uso de riesgo y síntomas físicos del uso de sustancia/dependencia.

En la semana 13 se realizó la lectura sobre los psicoestimulantes que son una clase de fármacos que buscan potenciar la actividad cognitiva y conductual de niños, adolescentes y adultos. Cabe mencionar que estos medicamentos tienen un alto potencial de abuso. El potencial de fármacos como el metilfenidato y la

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

anfetamina, para calmar la conducta y mejorar la función cognitiva en personas con el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), ha impulsado que individuos sanos consuman este tipo de medicamentos, en especial estudiantes y trabajadores, debido a los altos estándares que impone la sociedad actual.

La unidad 11 estudiada durante la semana catorce estudiamos cómo los pueblos y comunidades originarias del continente americano a lo largo de su historia han utilizado diversas sustancias que provocan alteraciones en la percepción de la realidad. El consumo de plantas tradicionales de las que se derivan las sustancias psicoactivas tiene un significado en los diversos pueblos indígenas. En Sudamérica existe una alta concentración de plantas con propiedades psicotrópicas, que son usadas en rituales y prácticas religiosas. Para los pueblos indígenas cada planta cuenta con una personalidad en específico. Algunas representan a la mujer o al hombre, algunas son de aire y otras de fuego; unas se dejan en la boca, con otras se preparan bebidas, ciertas especies tienen propiedades que se aprovechan a través de soplar y en algunos casos las características de la planta se absorben por la piel. Cabe mencionar que ciertos rituales pretenden otorgar una purificación física, mental y espiritual que busca solucionar problemas, preocupaciones o enfermedades de manera natural.

En la semana quince encontramos la influencia intercultural que, a lo largo de la historia de la humanidad, el consumo de sustancias psicoactivas ha sido impulsada como una práctica cultural por ciertas comunidades indígenas, así como un mecanismo de socialización, de identidad o de encajar en un grupo, y también como un producto comercial, ya sean drogas naturales o sintéticas, ilegales o legales.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad recomendada 1: Estudiar los temas de las unidades 7 a la 12. Para ello debe realizar un resumen de las síntesis de cada unidad, identificando las partes más importantes vistas a lo largo de estas 7 semanas, finalmente repase el resumen. Con esto usted podrá refrescar lo aprendido y estar preparado para realizar la evaluación.



4. Solucionario

Autoevaluación 1		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1.	d.	Las hipótesis siguen una combinación de factores para así confluir con el resultado de un descubrimiento.
2.	a.	Emil Kraepelin inicio en la Psicofarmacología con experimentos que permitían observar los efectos de diferentes sustancias psicoactivas, sobre procesos cognitivos.
3.	b.	En 1952 Delay y Denkler descubrieron el efecto antipsicótico de la clorpromazina.
4.	a.	Descubrimiento realizado por accidente y sagacidad. Término inglés, refiere que resulta de algo que realmente no se buscaba.
5.	a.	Las actitudes características en esta etapa son del tipo mágicas, ya que se consideraba la enfermedad como algo sobrenatural, relacionado con pérdida de tabúes, pérdida del alma, o introducción en el cuerpo de un espíritu.
6.	d.	El uso de los psicofármacos, se inicia con civilizaciones muy antiguas, sin poder establecer un orden cronológico entre ellas.
7.	c.	El LSD fue sintetizado por primera vez en el año 1943, y se inicia su consumo de manera masiva e ilícita a partir del año 2000.
8.	c.	Hipócrates (460-355 a.C), quien señala la naturaleza puramente humana en estos procesos.
9.	b.	Período comprendido entre edad Media y el Renacimiento no fue creativo, ni en teorías, ni métodos.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Autoevaluación 1

Pregunta | Respuesta | Retroalimentación

10. a. Stahl afirmó que la psicofarmacología se orienta al descubrimiento de fármacos y a la comprensión de sus acciones en el sistema nervioso.

Ir a la
autoevaluación

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Autoevaluación 2

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1.	c.	Las neuronas contienen dendritas que pueden recibir señales de otras neuronas.
2.	b.	Para que una neurona dispare un potencial de acción, su membrana debe alcanzar el umbral de excitación.
3.	a.	Glía que proporciona mielina para las neuronas en el cerebro se llaman células Schwann.
4.	b.	La neurona bipolar tiene un axón y una dendrita largos que tienden a extremos opuestos.
5.	a.	Después de un potencial de acción, del cierre de canales adicionales de sodio, hacen que la membrana vuelva a su potencial de membrana en reposo.
6.	b.	La vaina de mielina proporciona una capa aislante al axón, lo que ayuda a una mayor velocidad de transmisión de la señal o información.
7.	b.	Dentro de la clasificación dependiendo del número y disposición de sus terminaciones las neuronas pueden ser: unipolar, bipolar, multipolar, sensorial y anaxónicas.
8.	c.	El receptor presináptico suele regular la liberación de un neurotransmisor.
9.	e.	Dentro de la neurona se debe seguir el siguiente proceso a la hora de transmitir información. Desde el potencial de reposo pasa al potencial de acción donde se da el desplazamiento por medio del axón hasta llegar a las terminales axónicas donde se producen la sinapsis.
10.	b.	En la repolarización del potencial de acción se da el movimiento de los iones de potasio lo que generaría un mal funcionamiento de la neurona y la sinapsis.

Ir a la
autoevaluación

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Autoevaluación 3

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1.	a.	La neurotransmisión química es aquella en la que intervienen los neurotransmisores.
2.	b.	Los neurotransmisores de manera más general se clasifican en no tradicional y tradicional.
3.	c.	El péptico se encuentra dentro de los neurotransmisores de moléculas grandes.
4.	e.	La acetilcolina fue el primer neurotransmisor descubierto.
5.	c.	El efecto que producirá determinado neurotransmisor depende del tipo de receptor de la célula postsináptica.
6.	c.	Dependiendo de la localización los receptores presinápticos pueden ser: autorreceptores-heterorreceptores.
7.	c.	Los canales iónicos se encuentran presentes dentro de la célula y son la vía de los iones.
8.	a.	La disminución del neurotransmisor GABA en los ganglios basales indicaría la presencia de la enfermedad de Huntington.
9.	a.	El neurotransmisor GABA se presenta con efectos postsináptico inhibitorio.
10.	b.	En las vías axonales largas y cortas se puede observar cómo los neurotransmisores glutamato y GABA interactúan.

Ir a la
autoevaluación

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Autoevaluación 4

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1.	c.	La osmosis no ayuda en el trasporte de fármacos dentro de la célula.
2.	a.	Los fármacos hidrosolubles de bajo peso molecular pueden atravesar la membrana de manera más rápida.
3.	b.	Dentro del LADME la absorción posibilita que el fármaco llegue al sistema sanguíneo.
4.	b.	El tiempo promedio es de 15 a 20 minutos en el que el fármaco pasa del sistema sanguíneo a los tejidos internos.
5.	e.	El factor genético no modifica la absorción, pero puede modificar el metabolismo.
6.	a.	Los fármacos generalmente conforman uniones químicas reversibles con el receptor.
7.	e.	Los receptores fisiológicos se encuentran en la membrana y el citosol.
8.	b.	La unión no covalente es irreversible pero no es la más fuerte.
9.	c.	El principio activo es lo que produce una reacción en la célula es parte de fármaco.
10.	c.	Las integraciones medicamentosas se clasifican en: farmacocinéticas y farmacodinamias.

Ir a la
autoevaluación



Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Autoevaluación 5

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1.	c.	Los receptores pueden ubicarse en la superficie de la célula, o en el citosol de la célula.
2.	a.	El efecto terapéutico es un efecto deseado y que justifique su uso.
3.	b.	Los receptores fisiológicos son a los cuales los medicamentos van dirigidos, se los denomina diana para los fármacos.
4.	e.	Las características de la dinámica de los fármacos son: eficacia, afinidad, potencia y activada intrínseca.
5.	d.	Los antagonistas son aquellos que anulan la acción de un fármaco.
6.	c.	Los agonistas se dividen en completos, parciales e inversos.
7.	b.	Los antagonistas silentes no producen efectos, ni interfieren con el agonista.
8.	d.	Existe la tolerancia congénita, adquirida, de especie y cruzada.
9.	c.	Se denomina tolerancia adquirida al proceso que se produce en un individuo por el empleo continuo de una droga y se caracteriza por la necesidad de un aumento progresivo de la dosis para producir un efecto determinado.
10.	b.	La tolerancia de especie se puede observar en especies o individuos específicos, que no presentan efectos a determinadas drogas.

Ir a la
autoevaluación

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Autoevaluación 6

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1.	e.	Los trastornos de ánimo están conformados por trastornos depresivos y bipolares.
2.	a.	La sintomatología del trastorno depresivo debe presentarse durante un tiempo mínimo de 2 semanas para considerarse una enfermedad.
3.	d.	La estructura del cerebro cambia durante un trastorno depresivo como es en el hipocampo, corteza cerebral, amígdala y en el metabolismo de la glucosa.
4.	a.	La enzima de monoaminooxidasa A(MAO-A) aumenta en pacientes con depresión mayor, también se encarga de una correcta administración de 5-HT, DA y norepinefrina.
5.	b.	La trazodona no entra dentro de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
6.	a.	La depresión mayor según el DSM-5 se presenta por el aspecto triste, llanto el aspecto triste, llanto de las personas, aspecto de la cara sin ánimo ni transmisión de emociones, el caminar con hombros bajos o postura decaída, mirada al suelo o sin contacto visual y un habla alterada, se observa también un desapego hacia su familia o mascotas.
7.	d.	El trastorno de depresión puede ir de leve a grave dependiendo de si es un único episodio o ya es recurrente.
8.	d.	El trastorno disfórico premenstrual está relacionado al ciclo menstrual.
9.	d.	ISRS significa: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
10.	a.	El antidepresivo melatonérgico es antagonista.

Ir a la
autoevaluación

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Autoevaluación 7

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1.	a.	Los antidepresivos que funcionan como tratamiento para el trastorno bipolar están conformados por ADT, ISRS, Durales, NASSA, IMAO.
2.	b.	EL DSM-5 indica que existe el tipo I y tipo II.
3.	b.	Se considera que un episodio de manía o hipomanía tiene características mixtas cuando tres o más síntomas depresivos están presentes en la mayoría de los días del episodio.
4.	b.	Es una variante menos extrema de la manía que involucra un episodio distintivo que dura cuatro días o más, con conductas que pueden distinguirse del estado de ánimo no deprimido habitual del paciente.
5.	c.	El litio sirve como estabilizador, pero no se encuentra dentro del grupo de anticonvulsismos.
6.	a.	Los episodios alternantes pueden ser: maníaco, hipomaníaco, depresivo y mixto.
7.	c.	La prevalencia es del 4% a lo largo de la vida del trastorno afectivo bipolar.
8.	c.	Trastorno ciclotímico, los pacientes presentan periodos prolongados de episodios hipomaniacos y depresivos.
9.	b.	Un síntoma que puede presentarse durante la manía es la megalomanía.
10.	d.	Los fármacos del trastorno depresivo se pueden clasificar en anticonvulsivos antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos.

Ir a la
autoevaluación

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Autoevaluación 8

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1.	d.	El trastorno de ansiedad generalizada engloba al mutismo selectivo y la fobia específica, situacional.
2.	b.	Agorafobia se caracteriza por miedo patológico, desproporcionado, irracional e involuntario, que aparece ante un conjunto de circunstancias diferentes en las que la persona se siente indefensa ante la posibilidad de presentar crisis de pánico.
3.	d.	El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de un estado de preocupación y nerviosismo excesivos en relación con diversas actividades o acontecimientos.
4.	b.	Compulsiones son las conductas o actos mentales repetitivos que los pacientes se sienten impulsados a hacer, con el fin de disminuir o evitar la ansiedad.
5.	c.	La media es entre los 19 a 20 años de una persona.
6.	a.	El trastorno obsesivo – compulsivo, es un poco más frecuente en las mujeres que en los varones.
7.	d.	Entre el 1 al 2% de toda la población se encuentra afectada por el trastorno obsesivo– compulsivo.
8.	d.	Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés se caracterizan por eventos traumáticos, malestar psicológico después del evento, miedo y ansiedad.
9.	b.	El acontecimiento o evento que puede causar o implicar la amenaza de muerte, daños graves o violencia sexual a una persona, un familiar o un amigo cercano se denomina factor traumático.
10.	a.	En la etapa de lactancia se desarrolla el trastorno de apego reactivo.

Ir a la
autoevaluación

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Autoevaluación 9

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1.	d.	La psicosis es un concepto psicológico y fenomenológico.
2.	d.	Las características de un trastorno psicótico son: delirios, alucinaciones y pensamientos desorganizados.
3.	c.	Llamamos pensamiento desorganizado al síntoma que presenta una persona al cambiar de tema de manera errática.
4.	c.	Los delirios que se presentan de manera más frecuente son los persecutorios.
5.	a.	Las alucinaciones son persecuciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo.
6.	d.	EL DSM-5 indica que los trastornos psicóticos son 9 entre los que tenemos: esquizofrenia, esquizoaafectivo, psicosis, esquizofreniforme.
7.	d.	La esquizofrenia está relacionada con los factores: genéticos, riesgo biológico, psicológico y social.
8.	a.	Los resultados a nivel social del deterioro cognitivo y funciones motoras complejas de un paciente con trastorno esquizofrénico son el desempleo, aislamiento, deterioro de relaciones y calidad de vida.
9.	a.	La fase prodrómica se caracteriza por: síntomas subclínicos con retraimiento o aislamiento, irritabilidad, suspicacia, pensamientos inusuales, distorsiones de la percepción y desorganización.
10.	b.	Los síntomas esquizofrénicos a la que pertenecen; el afecto aplanado, pobreza del habla, anhedonia, falta de sociabilidad pertenecen a la categoría negativa.

Ir a la
autoevaluación



Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Autoevaluación 10		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1.	b.	Las recompensas son estímulos que proporcionan una motivación positiva para la conducta.
2.	d.	El abuso de sustancias se define como la autoadministración de cualquier fármaco o droga que genere consecuencias adversas.
3.	a.	Se denomina dependencia al estado fisiológico de neuroadaptación.
4.	d.	La nicotina, aunque dañina para el organismo no se considera ilegal.
5.	a.	La intoxicación se llama síndrome específico de la sustancia, reversible, de cambios mentales y del comportamiento que puede implicar alteraciones de la percepción, euforia, deterioro cognitivo, deterioro del juicio, disminución del funcionamiento físico y social, labilidad del estado de ánimo, agresividad o una combinación de ellos.
6.	b.	Se llama abstinencia al conjunto de efectos fisiológicos, síntomas y cambios de comportamiento específicos de una sustancia causados por la disminución o la reducción de la ingesta de esa sustancia.
7.	b.	Los fármacos y drogas no generan alteraciones en las funciones normales del cerebro.
8.	d.	El sistema de motivación–recompensa está constituido por el núcleo accumbens y el tegmentum ventral, que reciben una intensa modulación de la amígdala, la corteza cerebral, el hipocampo, el hipotálamo lateral, los núcleos pedúnculo-pontino-tegmental y laterodorsal tegmental donde se encuentran los endocannabinoides involucrados en la conexión.
9.	b.	Los síntomas del abuso de sustancias se clasifican en señales emocionales y sociales junto a cambios físicos.
10.	e.	Faltar a clases es una señal emocional.

Ir a la
autoevaluación

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)

Autoevaluación 11

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1.	a.	Para diagnosticar una tendencia al abuso de sustancias se debe observar características físicas, personales y circunstancias de trastornos coexistentes.
2.	a.	El criterio será la incapacidad para controlar el uso de la sustancia.
3.	a.	Características personales, claramente no son un factor determinante, aunque las personas con bajos niveles de autocontrol (impulsividad) o con altas probabilidades de enfrentarse a riesgos y de buscar la novedad pueden tener una mayor susceptibilidad a desarrollar trastorno por uso de sustancias.
4.	d.	En torno a los factores culturales y sociales, el ambiente juega un papel crucial en el inicio, desarrollo y mantenimiento del consumo de sustancias, ya que la influencia de familiares y amigos aumentan el riesgo.
5.	d.	EL uso responsable no representa ningún tipo de criterio.
6.	b.	Que la persona desea detener el uso de la sustancia pertenece al criterio de incapacidad para controlar el uso de sustancias.
7.	a..	Las personas que presenten dos o más de los criterios que se usan para diagnosticar el consumo de sustancias en un periodo de 12 meses se considera que tiene un trastorno por uso de sustancias.
8.	b	Dependiendo de la gravedad del uso o abuso de sustancias este puede ser: Leve, dos a tres criterios; moderado, de cuatro a cinco criterios; grave, igual o mayor a seis criterios.
9.	c.	El metilfenidato se utilizar para tratar la adicción por estimulantes de prescripción.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Autoevaluación 11

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
10.	b.	La psicoeducación es el punto de partida para la génesis de un tratamiento, involucrando al paciente y su entorno más cercano (familia) aprendiendo como afecta el trastorno en sí, sus síntomas y la mejor manera de sobrellevarlo, disminuyendo el índice de recaídas como de internamientos de pacientes, lo indica José López-Santiago, presidente de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP) (VPSM, 2019)

Ir a la
autoevaluación

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Autoevaluación 12

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1.	b.	Los potenciadores cognitivos metilfenidato, las anfetaminas, la cafeína, pertenecen al grupo de los no convencionales.
2.	a.	Los psicoestimulantes han impulsado que individuos sanos consuman este tipo de medicamentos, en especial estudiantes y trabajadores.
3.	a.	Los psicoestimulantes son fármacos que buscan potenciar la actividad cognitiva y conductual personas.
4.	c.	El metilfenidato aumenta los neurotransmisores dopamina y norepinefrina en el cerebro.
5.	b.	La dopamina en el cerebro aumenta por el uso de anfetaminas producto del tratamiento de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y la narcolepsia.
6.	a.	Las anfetaminas están contraindicadas en pacientes epilépticos.
7.	a.	El abuso de anfetaminas puede causar efectos negativos como la ansiedad, agresividad, angustia, pánico e inquietud.
8.	c.	El modafinilo es un inhibidor débil de la recepción de dopamina.
9.	b.	El modafinilo se usa para tratar los trastornos como: narcolepsia, apnea obstructiva del sueño, síndrome de hipopnea, desorden del sueño por turnos de trabajo.
10.	a.	El efecto específico del modafinilo es desconocido, pero se plantea que es a través de la dopamina, noradrenalina y orexina en los sistemas de atención del lóbulo frontal. Mejora la atención, la memoria de trabajo y la memoria episódica. Fue creado inicialmente para el tratamiento de la narcolepsia y se usa con fines médicos para mantener la vigilia (Batule, 2018).

Ir a la
autoevaluación

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Autoevaluación 13

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1.	b.	Los pueblos Mazotecos y Zapotecas de Centroamérica utilizaban el teonanactl llamado también “hongo sagrado” con propósitos místicos y curativos.
2.	a..	Las tribus Huicholes ingerían el cactus conocido como peyote en sus rituales religiosos; mientras que los indios de Norteamérica (Apaches, Kiowas y Siux) crearon una especie de religión y culto en relación al “peyote”.
3.	c.	En Sudamérica existe una alta concentración de plantas con propiedades psicotrópicas, que son usadas en rituales y prácticas religiosas. Para los pueblos indígenas cada planta cuenta con una personalidad en específico.
4.	b.	La coca es de gran importancia pues representa el pensamiento mismo, es considerado esencial para la continuidad del conocimiento tradicional y está presente en las historias de origen y en la vida diaria. Con la coca se elabora el mambe que se ofrece a los dueños cuando se pide permiso, se hace intercambio o curación. El consumo de la hoja de coca es parte esencial de la vida del chamán y de los indígenas.
5.	d.	La Datura inoxia ó Chamico, se encuentra aparentemente en Perú y probablemente en otros países.
6.	b.	El yagé se la consume por sus propiedades alucinógenas en rituales, se la consume desde Colombia hasta Perú y en zonas de Brasil.
7.	a.	El tabaco cimarrón se usa en Piura-Perú.
8.	a.	Se una la hoja de coca para la medicina y adivinación, en ceremonias y rituales.
9.	b.	El tabaco para soplar es largo y grueso, produciendo humo azul.
10.	a.	El tabaco tradicionalmente se siembra alrededor de la maloca y en la chagra.

Ir a la
autoevaluación



Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Autoevaluación 14

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1.	e.	las drogas pueden ser legales, ilegales naturales y sintéticas.
2.	b.	en el siglo xx estados unidos y canadá dictaron leyes contra el consumo de drogas.
3.	c.	durante la segunda guerra mundial los médicos recetaban anfetaminas a los soldados para reducir la fatiga.
4.	d.	en los 60s se expandió el consumo de drogas a nivel mundial.
5.	d.	la droga ilegal con mayor consumo a nivel mundial es el cannabis.
6.	e.	el consumo de drogas puede manifestarse como una experiencia inicial, consumo social, regular y continuo.
7.	a.	los adolescentes corren mayor riesgo de caer en el consumo de drogas.
8.	a.	la adicción y consumo de drogas a partir del individuo no es meramente puntual o aislado a este, se da de manera social, física y psicológica.
9.	a.	el consumo de sustancias psicoactivas ha sido impulsado como una práctica cultural por ciertas comunidades indígenas.
10.	a.	los amigos que consumen drogas, pueden causar el consumo en otros adolescentes.

Ir a la
autoevaluación





5. Glosario

- **Abstinencia:** Reacciones adversas psicológicas y fisiológicas que aparecen tras la interrupción brusca de un fármaco que produce dependencia.
- **Absorción:** Se desarrolla cuando tras la administración repetida de una dosis dada de un fármaco produce un menor efecto, o a la inversa cuando se tienen que administrar dosis progresivamente mayores para obtener los efectos observados con la dosis inicial.
- **Acetilcolina:** Neurotransmisor liberado por las neuronas en el sistema nervioso central y el sistema nervioso periférico, la acetilcolina es destruida por un enzima denominado acetilcolinesterasa (AchE).
- **Activación:** Apertura de los canales iónicos dependiente del tiempo en respuesta a un estímulo, por lo general la despolarización de la membrana.
- **Acueducto cerebral:** Porción del sistema ventricular que conecta el tercer y el cuarto ventrículo.
- **Adeniliclasa:** Enzima unida a la membrana que puede ser activada por proteínas G para catalizar la síntesis de AMP cíclico a partir de ATP.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

- **Adicción:** Patrón conductual de abusos de fármacos caracterizado por dependencia apremiante, asegurarse el suministro de dicha sustancia y tendencia a recaer tras su interrupción.
- **Adrenalina:** Hormona y neurotransmisor catecolaminérgico que se une a los receptores alfaafrenergicos y betaandrenárgicos acoplados a las proteínas.
- **Adulto:** Forma madura de un animal, habitualmente definida por la capacidad para reproducirse.
- **Aferencia:** Inervación de una célula diana por un axón particular; de forma más amplia, intervención de una diana.
- **Aferente:** Un axón que conduce potenciales de acción desde la periferia hasta el sistema nervioso central.
- **Agonista inverso:** Es lo opuesto al agonista. Puede ser bloqueado por un antagonista (Causaría ansiedad o dolor) Hace que el receptor cierre el canal iónico. El antagonista actúa aquí volviendo el canal a su estado de reposo.
- **Agonista parcial:** Fármaco capaz de producir un efecto inferior al efecto máximo alcanzable, cuando todos los receptores están ocupados por él. En esta situación el estímulo sobre el tejido u órgano es insuficiente para generar una respuesta máxima. En consecuencia, cuando moléculas de un agonista parcial y de un agonista pleno compiten por los mismos receptores, la respuesta será inferior a la ocasionada por un agonista pleno que ocupará la misma proporción de receptores.
- **Agonista:** Fármaco que potencia o activa el efecto de una sustancia natural del organismo o de otro fármaco.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

- **Alcohol:** Media algunos de sus efectos en el complejo receptor GABA A, actuando como modulador alostérico del canal del cloro, que es inhibidor.
- **Alucinógenos:** Actúan como agonistas de los receptores 5HT2 (LSD, Mescalina, psicobilina y drogas de diseño).
- **Amígdala:** Complejo nuclear en el lóbulo temporal que forma parte del sistema límbico, sus funciones principales se vinculan con las conductas autonómica, emocional y sexual.
- **Aminas biógenas:** Aminas neurotransmisoras bioactivas.
- **Anfetamina:** Estimulante del sistema nervioso central producido de forma sintética con efectos similares a los de la cocaína; el abuso de la droga puede conducir a dependencia.
- **Ansiedad:** La ansiedad es una emoción que todo el mundo ha experimentado en algún momento y que ayuda al organismo a prepararse para hacer alguna cosa importante. La ansiedad produce una reacción psicofisiológica de activación intensa del sistema nervioso central y de todo el organismo.
- **Antagonista puro:** 5HT2 Mianserina, Trazodona, nefazodona y otros.
- **Antagonista:** Fármaco que bloquea las acciones del neurotransmisor natural. Solo ejercen su acción en presencia de los agonistas y no tienen actividad propia. Impide al agonista abrir el canal.
- **Antidepresivo tricíclicos:** Clase de agentes antidepresivos denominados así por su estructura molecular de triple anillo; se cree que bloquean la recaptación de aminas biógenas.

- **Astrocito:** Célula glial en el sistema nervioso central que proporcionan nutrientes, amortiguación extracelular, y apoyo estructural para las neuronas; también constituye la barrera hematoencefálica.
- **Astrotactina:** Molécula de la superficie celular que hace que las neuronas se adhieran a las fibras gliales radiales durante la migración neuronal.
- **Ataque de pánico:** Miedo, ansiedad, así como pensamientos catastrofistas, con sensación de desgracia perentoria. Generalmente dura de 5 a 30 minutos, con el pico de síntomas alrededor de los 10 minutos. Se pueden producir durante el sueño. Son característicos del trastorno de pánico.
- **Axón Hillock:** Estructura eléctricamente sensible en el cuerpo celular de una neurona que integra señales de múltiples conexiones neuronales.
- **Axón terminal:** Axón terminal: estructura en el extremo de un axón que puede formar una sinapsis con otra neurona.
- **Axón:** Estructura similar a un tubo que propaga una señal desde el cuerpo celular de una neurona a los terminales de axón.
- **Barbitúricos:** Fueron el primer tratamiento para la ansiedad generalizada, reducían la ansiedad en proporción directa a su capacidad sedante. Crean dependencia y problemas de abstinencia, además de falta de seguridad especialmente cuando se mezclan con otras drogas.
- **Barrera Hematoencefálica:** Constituye una barrera celular que permite el paso selectivo de solo algunos fármacos desde la sangre al sistema nervioso central, y que asienta morfológicamente en los capilares de los vasos cerebrales.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

- **Benzodiacepinas:** Son moduladores Allostéricos positivos de la neurotransmisión inhibitoria rápida del GABA en los receptores GABA A. tienen acciones ansiolíticas, sedante hipnótico, anticonvulsivante y relajante muscular. A largo plazo incluye efectos secundarios como amnesia, dependencia y abstinencia. Potencian la capacidad del GABA para aumentar la conductancia del cloro a través de su canal. Las benzodiacepinas son agonistas completos del complejo receptor GABA-Benzodiacepinas.
- **Biodisponibilidad farmacéutica:** Cantidad de fármaco en una formulación que se libera y queda disponible para su absorción.
- **Biofarmacia:** Ciencia que estudia la biodisponibilidad de los fármacos en sus formas farmacéuticas y el modo de alcanzar su óptimo a través del estudio de las interacciones fármaco-forma farmacéutica–sustrato biológico.
- **Blastocito:** Embrión temprano durante el estadio en que las células se disponen por lo general formando una esfera hueca.
- **Bombas de ATPasa:** Bombas de la membrana que utilizan la hidrólisis del ATP para transportar iones en contra de su gradiente electroquímico.
- **Botón sináptico:** Tumefacción especializada para la liberación de neurotransmisores ubicada a lo largo de un axón o en su extremo.
- **Canales iónicos con puerta de ligando:** Término para un grupo grande de receptores de neurotransmisores que combinan funciones de receptor y canal iónico en una sola molécula.
- **Canales iónicos:** Proteínas integrales de membrana que poseen poros que permiten que ciertos iones se difundan a través de las membranas celulares, lo que confiere así permeabilidad selectiva.

- **Capa molecular:** Capa de corteza cerebelosa que contiene las dendritas apicales de las células de Purkinje, fibras paralelas desde las células granulosas, algunas neuronas de circuitos locales y las sinapsis entre estos elementos.
- **Célula Schwann:** Célula glial que crea vaina de mielina alrededor de un axón de neurona del sistema nervioso periférico.
- **Células bipolares:** Neuronas retinianas que conectan en forma directa las terminaciones de los fotorreceptores con las dendritas de las células ganglionares.
- **Células microgliales:** Uno de los tres tipos principales de glía del sistema nervioso central.
- **Cerebelo:** Estructura cerebral involucrada en la postura, la coordinación motora y el aprendizaje de nuevas acciones motoras.
- **Cerebro:** Porción más grande y rostral del encéfalo en los seres humanos y otros mamíferos.
- **Clozapina:** Es un neuroléptico atípico, es un fármaco complicado que tiene tantos efectos beneficiosos como efectos secundarios indeseables (agranulocitosis). Se sabe que tiene interacción con al menos 9 receptores de neurotransmisores.
- **Cocaína:** Es un potente inhibidor del transportador de dopamina. El bloqueo agudo de este transportador hace que la dopamina se acumule y esto produce euforia, reduce la fatiga y crea una sensación de agudeza mental. También tiene acciones similares, pero menos importantes en los transportadores de norepinefrina y de serotonina. El uso repetido de cocaína puede llevar a la tolerancia inversa o sensibilización, dando lugar a psicosis paranoide aguda prácticamente indistinguible de la esquizofrenia paranoide.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

- **Conducción saltatoria:** Mecanismo de propagación del potencial de acción en los axones mielínicos; denominado así porque los potenciales de acción “saltan” de un nodo de Ranvier al siguiente debido a la generación de potenciales de acción solo en estos sitios.
- **Conductancia de membrana:** Recíproco de resistencia de membrana. Los cambios en la conductancia de membrana son resultado de la apertura o el cierre de los canales iónicos y se utilizan para describirlos.
- **Corteza cerebral:** Hoja más externa del tejido cerebral; implicado en muchas funciones de orden superior.
- **Dendrita:** Prolongación neuronal que se origina en el cuerpo celular y recibe aferencias sinápticas.
- **Dendrita:** Estructura que se extiende lejos del cuerpo celular para recibir mensajes de otras neuronas.
- **Dependencia:** Estado fisiológico de neuroadaptación producido por la administración repetida de una sustancia necesitando de una administración continua para evitar la aparición del síndrome de abstinencia.
- **Depresión simpática:** Disminución breve en la fuerza sináptica resultante de la depleción de las vesículas sinápticas en las sinapsis activas.
- **Depresión:** Enfermedad mental episódica con episodios no tratados, seguidos de recuperación o de remisión. La primera teoría hipotetizaba que era debida a una deficiencia de neurotransmisores monoaminérgicos, principalmente NE (Norepinefrina) y 5HT (Serotonina) hay algo que no funciona en los receptores de los principales neurotransmisores monoaminérgicos.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

- **Despolarización:** Desplazamiento del potencial de membrana de una célula hacia un valor menos negativo.
- **Distribución:** Es el paso del fármaco de la circulación sistémica a los tejidos o compartimentos del organismo.
- **Dopamina:** Neurotransmisor catecolaminérgico.
- **Eferente:** Axón que conduce información desde el sistema nervioso central.
- **Electrógeno:** Capaz de generar una corriente eléctrica.
- **Eliminación:** Es el conjunto del proceso que determina la desaparición del fármaco del organismo. Los fármacos son eliminables al exterior (excreción) o bien metabolizados y luego excretados.
- **Endocitosis:** Separación externa de las vesículas de la membrana plasmática, que permite la captación de materiales en el medio extracelular.
- **Endorfinas:** Uno de un grupo de neuropéptidos que son agonistas en los receptores opioides.
- **Enzima:** Moléculas de proteínas que se crean o sintetizan en el cuerpo celular, en el núcleo. El ADN es el centro de mando y molde para la síntesis del ARN, el cual a su vez es molde para la síntesis de proteínas.
- **Excreción:** Es la expulsión de un fármaco y/o sus metabolitos desde el organismo al exterior.
- **Esquizofrenia:** Es un trastorno que dura 6 meses o más, incluyendo al menos un mes de delirios, alucinaciones, lenguaje incoherente, conducta enormemente desorganizada o catatónica o síntomas negativos.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

- **Factores neurotróficos:** Término general para las moléculas que promueven el crecimiento y la supervivencia de las neuronas.
- **Farmacocinética:** Es el conocimiento de los procesos de absorción, distribución y eliminación de los fármacos, así como de los factores que los alteran, es esencial para la adecuada selección del preparado farmacéutico, la vía de administración, la dosis y la pauta de administración más adecuados para conseguir la máxima eficacia con el menor riesgo en un paciente concreto.
- **Fase de acumulación transitoria:** Fase positiva pico de un potencial de acción, causada por una alta permeabilidad de la membrana a un catión como Na^+ o Ca^{2+} .
- **Fase de ascenso:** Fase inicial de despolarización de un potencial de acción, causada por el influjo regenerativo dependiente del voltaje de un catión como Na^+ o Ca^{2+} .
- **Fenciclidina:** Se desarrolló originariamente como anestésico, pero producía psicotomimética/alucinatoria. Es un antagonista de los receptores de glutamato.
- **Flujo de corriente pasiva:** Flujo de corriente a través de las membranas neuronales que no involucra el mecanismo del potencial de acción.
- **Flumazenil:** Antagonista del receptor benzodiacepínico que actúa sobre el GABA A revirtiendo los efectos sedantes de los agonistas benzodiacepinicos totales.
- **Fluoxetina (prozac):** Antidepresivo que altera el traslado del neurotransmisor al interior de la neurona, impidiendo a las moléculas de serotonina ocupar su lugar y haciéndolo permanecer en la sinapsis hasta que se difunde o hasta que es destruido por los enzimas.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

- **GABA:** Neurotransmisor de señal rápida que inhibe a las neuronas. Las neuronas Gabaérgicas, implicadas en la ansiedad utilizan como neurotransmisor el GABA, sintetizado a partir del aminoácido precursor, glutamato mediante el enzima ácido glutámico descarboxilasa.
- **Ganglio:** Agrupación de cientos a miles de neuronas que se encuentran por fuera del encéfalo.
- **Glía:** (también, células gliales) Que proporcionan funciones de apoyo para las neuronas.
- **Glutamato:** Neurotransmisor de señal rápida que estimula a todas las neuronas. Es el aminoácido no esencial precursor del GABA, y es el más abundante en el SNC. Procede de los almacenes intraneuronales de aminoácidos.
- **Gradiente:** Variación sistemática de la concentración de una molécula que influyen en la conducta celular.
- **Hendidura sináptica:** Espacio entre las membranas presinápticas y postsinápticas.
- **Hiperpolarización:** Desplazamiento del potencial de membrana de una célula hacia un valor más negativo.
- **Hipocampo:** Estructura cerebral en el lóbulo temporal implicado en el procesamiento de recuerdos.
- **Hipotálamo:** Estructura cerebral que controla la liberación de hormonas y la homeostasis corporal.
- **Histamina:** Neurotransmisor amínico biógeno derivado del aminoácido histidina.

- **Hiperpolarización:** Cambio en el potencial de la membrana a un valor más negativo.
- **IMAO:** Antidepresivo que bloquean la enzima Mao, impidiendo de esta forma la destrucción de los neurotransmisores monoaminérgicos y permitiendo que se acumulen.
- **Inactivación:** Cierre de los canales iónicos dependiente del tiempo en respuesta a un estímulo, como la despolarización de la membrana.
- **Inductores:** Señales químicas originadas en un conjunto de células que influyen en la diferenciación de otras células.
- **Insomnio:** Es una queja, no una enfermedad. Puede ser tratado sintomáticamente con fármacos sedantes hipnóticos. Las píldoras que venden sin recetas incluyen uno o más de tres agentes activos.
- **LADME:** El conjunto de procesos que caracterizan la evolución temporal de un medicamento, tras ser administrado a un organismo, en determinadas condiciones y bajo una vía de administración específica, se denomina LADME.
- **Liberación:** Constituye la “salida” del fármaco de la forma farmacéutica que lo transporta. Por lo general, implica la disolución del fármaco en algún medio corporal.
- **Líquido cefalorraquídeo:** (LCR) líquido transparente que rodea el cerebro y la médula espinal y llena los ventrículos y el canal central; actúa como amortiguador y circula material por todo el cerebro y la médula espinal.
- **Litio:** Fármaco estabilizador del estado de ánimo. Trata episodios agudos de manía e hipomanía, así como trastornos maníaco depresivos.

- **LMAO:** Enzima que destruye la Norepinefrina. Se localiza en la mitocondria de la neurona presináptica y en otras zonas. Cuando bloquean la destrucción de NE, DA, o 5HT aumentan los niveles de estos neurotransmisores.
- **Lóbulos:** Las cuatro divisiones mayores de la corteza cerebral.
- **Medicamento:** Sustancia o mezcla de sustancias utilizadas para prevenir o tratar una enfermedad o con finalidad diagnóstica.
- **Metabolismo:** Es el proceso por el cual el organismo modifica la estructura química del compuesto que se le ha introducido. La mayor parte de los procesos de biotransformación tienen lugar en el hígado y en menor grado en otros tejidos como riñón, suprarrenales, intestino, plasma, etc.
- **Microglía:** Glía que barren y degradan las células muertas y protegen el cerebro de los microorganismos invasores.
- **Mielina:** Sustancia grasa producida por glía que aísla los axones.
- **Mielinización:** Proceso por el cual las células gliales envuelven los axones para formar numerosas capas de membrana de células gliales que aumentan la velocidad de conducción axónica.
- **Morfina:** Alcaloide vegetal que proporciona al opio sus propiedades analgésicas.
- **Nervio craneal:** Nervio sensorial y/o motor que emana del cerebro.
- **Nervio:** Conjunto de axones periféricos que unen y recorren una ruta común.

- **Neurogénesis:** Desarrollo del sistema nervioso.
- **Neurolépticos:** Fármacos que disminuyen los síntomas de psicosis, especialmente los síntomas positivos. Todos son capaces de provocar reacciones extrapiramidales (REP) y discinesia tardía, ambas derivadas de las propiedades bloqueantes sobre el receptor dopaminérgico.
- **Neurona:** Célula especializada que puede recibir y transmitir señales eléctricas y químicas.
- **Neuropéptidos:** Término general que describe gran cantidad de péptidos que funcionan como neurotransmisores o neurohormonas.
- **Neurotransmisor:** Aminoácidos, Aminas y Péptidos.
- **Neurotrofinas:** Familia de moléculas de factores tróficos que promueven el crecimiento y la supervivencia de varias clases diferentes de neuronas.
- **Neurotransmisores de molécula pequeña:** Se refiere a los neurotransmisores no peptídicos como la acetilcolina, los aminoácidos glutamato, aspartato, GABA y glicina, y las aminas biogénas.
- **Nodos de Ranvier:** Huecos en la vaina de mielina donde se recarga la señal.
- **Noradrenalina:** Hormona y neurotransmisor catecolaminérgico que se une a los receptores alfaafrenergicos y betaandrenárgicos, ambos acoplados a las proteína G.
- **Oligodendrocitos:** Célula glial que mieliniza axones de neuronas del sistema nervioso central.

- **Opiáceos:** Codeína, morfina, heroína. A dosis suficiente producen euforia. A veces intensa, pero breve, llamada subidón seguida de una profunda sensación de tranquilidad que dura varias horas y que es seguida de somnolencia, oscilaciones del humor, obnubilación mental, apatía y enlentecimiento motor. En sobredosis actúa como agente depresor de la respiración y puede inducir el coma.
- **Opiode endógenos:** El cerebro fabrica sus propias sustancias similares a los opiáceos llamadas “la morfina del cerebro” son péptidos derivados de proteínas precursoras llamadas proopiomelanocortina (POMC), proencefalina y prodinorfina.
- **Oxitocina:** Neuropéptido de 9 aminoácidos que es un neurotransmisor putativo y una neurohormona.
- **Periodo crítico:** Periodo de desarrollo restringido durante el cual el sistema nervioso es particularmente sensible a los efectos de la experiencia.
- **Periodo refractario:** Período después de un potencial de acción cuando es más difícil o imposible que se dispare un potencial de acción; causada por la inactivación de canales de sodio y la activación de canales adicionales de potasio de la membrana.
- **Postsináptico:** Se refiere al componente de una sinapsis especializada en la recepción del trasmisor.
- **Potenciación a largo plazo:** Aumento prolongado del acoplamiento sináptico entre una célula pre y postsináptica.
- **Potencial de acción:** Cambio momentáneo autopropagatorio en el potencial eléctrico de una membrana neuronal (o muscular).
- **Potencial de equilibrio:** Potencial de membrana en el que un ion dado se encuentra en equilibrio electroquímico.

- **Potencial de membrana:** Diferencia en el potencial eléctrico entre el interior y el exterior de una célula.
- **Potencial de receptor:** Cambio del potencial de membrana producido en las neuronas receptoras durante las transducción sensitiva.
- **Potencial de reposo:** Potencial eléctrico del interior negativo registrado normalmente a través de todas las membranas celulares.
- **Potencial de reversión:** Potencial de membrana de una neurona postsináptica en el cual la acción de un neurotransmisor dado no produce ningún flujo neto de corriente.
- **Potencial postsináptico (PPS):** Cambio de potencial producido en una neurona postsináptica por la unión del neurotransmisor liberado desde una neurona presináptica.
- **Potencial postsináptico excitador (PPSE):** Despolarización de una membrana postsináptica causada por moléculas de neurotransmisores liberadas de una célula presináptica.
- **Potencial postsináptico inhibitorio:** Hiperpolarización de una membrana postsináptica causada por moléculas de neurotransmisores liberadas de una célula presináptica.
- **Potencial postsináptico inhibidor (PSI):** Cambio de potencial postsináptico inducido por neurotransmisores que tienden a disminuir la probabilidad de un potencial de acción postsináptica.
- **Presináptico:** Se refiere al componente de una sinapsis especializada en la liberación del trasmisor próximo a una sinapsis.

- **Primer mensajero:** Neurotransmisor liberado desde la neurona presináptica que se une a su receptor, haciendo que un sistema efector produzca un segundo mensajero.
- **Psicofarmacología:** Ciencia que se dedica a descubrir donde se encuentran las lesiones moleculares dentro del sistema nervioso a fin de averiguar qué es lo que funciona mal en la neurotransmisión química.
- **Psicosis:** Es un síndrome asociado a muchos trastornos psiquiátricos. Significa delirios, alucinaciones, lenguaje desordenado, conducta desorganizada y distorsión de la realidad.
- **Receptor:** Moléculas de proteína creada en el cuerpo celular. Pueden ser transportados a distintas partes de la neurona incluyendo el terminal donde se insertan en las membranas neuronales para llevar a cabo distintas funciones durante la neurotransmisión, como capturar y reaccionar a los neurotransmisores liberados por las señales enviadas por las neuronas vecinas.
- **Receptores acoplados a la proteína G:** Gran familia de receptores de neurotransmisores o de hormonas, caracterizada por siete dominios transmembrana.
- **Receptores ionotrópicos:** Receptores en los que el sitio de unión al ligando es parte integral de la molécula del receptor.
- **Receptores metabotrópicos:** Se refiere a los receptores activados indirectamente por la acción de neurotransmisores u otras señales extracelulares, generalmente por medio de la activación de la proteína G.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

- **Reciclado de vesículas sinápticas:** Secuencia de reacciones de gemación y fusión que se produce dentro de las terminaciones presinápticas para mantener el aporte de las vesículas sinápticas.
- **Repolarización:** Fase de hiperpolarización final de un potencial de acción, causada típicamente por el flujo dependiente del voltaje de un catión como K^+ .
- **Reserpina:** Agente antihipertensivo que ya no se utiliza debido a los efectos colaterales, como depresión conductual.
- **Segundo mensajero:** Está en el interior de la neurona postsináptica. Inicia las acciones celulares y los efectos biológicos (hacer que sintetice productos químicos o cambiar su tasa de descarga).
- **Serotonina:** Neurotransmisor de amina biógena derivado del aminoácido triptófano.
- **Sinapsis eléctrica:** Sinapsis que transmiten información a través del flujo directo de la corriente eléctrica en las uniones en brecha.
- **Sinapsis químicas:** Sinapsis que transmiten información mediante la secreción de señales químicas.
- **Sinapsis:** Unión entre dos neuronas donde se comunican las señales neuronales.
- **Sistema límbico:** Áreas cerebrales conectadas que procesan la emoción y la motivación.
- **Sistema nervioso autónomo:** Parte del sistema nervioso periférico que controla las funciones corporales.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

- **Sistema nervioso central:** El encéfalo y la medula espinal de los vertebrados.
- **Sistema nervioso parasimpático:** División del sistema nervioso autónomo que regula las funciones viscerales durante el descanso y la digestión.
- **Sistema nervioso periférico:** Todos los nervios y las neuronas que se ubican por fuera del encéfalo y la medula espinal.
- **Soma:** Cuerpo celular.
- **Sustancia P:** Neuropéptido de 11 aminoácidos. Primer neuropéptido que se caracterizó.
- **Tetraetilamonio:** Compuesto de amonio cuaternario que bloquea selectivamente los canales de K^+ sensibles al voltaje.
- **Tolerancia:** Se desarrolla cuando tras la administración repetida de una dosis dada de un fármaco produce un menor efecto, o a la inversa cuando se tienen que administrar dosis progresivamente mayores para obtener los efectos observados con la dosis inicial.
- **Transportadores:** Moléculas de la membrana celular que se consumen energía para movilizar los iones encontrar de sus gradientes de concentración y restablecer o mantener así los gradientes de concentración normales a través de las membranas celulares.
- **Trasportador de Na^+/K^+ :** Tipo de transportador de ATPasa en la membrana plasmática de la mayoría de las células que es responsables de acumular K^+ intracelular y extraer el Na^+ intracelular.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

- **Tronco encefálico:** Porción del cerebro que se conecta con la médula espinal; controla las funciones básicas del sistema nervioso, como la respiración, la frecuencia cardíaca y la deglución.
- **Umbral de excitación:** Nivel de despolarización necesario para un potencial de acción para disparar.
- **Vesícula sináptica:** Estructura esférica que contiene un neurotransmisor.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos



6. Referencias bibliográficas

Aderson, I. M., & McAllister-Williams, H. (2018). *Fundamentos de psicofarmacología clínica*. Ciudad de México: Manual Moderno Editorial.

Alonso, S. (21 de noviembre de 2016). *El Trastorno Bipolar: Cambios cerebrales asociados con el estado de ánimo y el deterioro cognitivo*. Obtenido de Tesisenred: <https://www.thesisenred.net/handle/10803/565911#page=28>

Amazon Frontlines. (2021). Retrieved from <https://www.amazonfrontlines.org/chronicles/siona-putumayo-es/>

Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Madrid: Médica Panamericana.

Badia, A. (2019, marzo). *Psicología-Online*. Retrieved from <https://www.psicologia-online.com/clasificacion-de-las-drogas-oms-y-sus-efectos-918.html>

Batule, M. (2018). Potenciadores cognitivos: ¿Realidad o ficción? *Villa Clara*, 22(2). Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicentro/cmc-2018/cmc182b.pdf>

Bouso, J. (2012). *Personalidad, psicopatología y rendimiento neuropsicológico de los consumidores rituales de ayahuasca*. Barcelona. Retrieved from <https://www.thesisenred.net/bitstream/handle/10803/107705/jcbs1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Brenner, M. G., & Craig, W. S. (2019). *Farmacología básica* (Quinta ed.). (E. H. Sciences, Ed.) Barcelona, España: Elsevier España, SLU. Retrieved from books.google.es/books?isbn=9788491134350

Brunton, L. L., Chabner, B., & Knollman, B. C. (2012). *Goodman & Gilman The Pharmacological Basis of Therapeutics*. (Décima segunda ed.). New York: Mc Graw Hill.

Byrne, J. H. (2016). *Introduction to neurons and neuronal networks*. Retrieved from Neuroscience online: <https://nba.uth.tmc.edu/neuroscience/m/s1/introduction.html>

Caldwell, A. (1978). *History of Psychopharmacology*. London: Academic Press.

Díaz, B., & González, C. (2012, Junio 12). Actualidades en neurobiología de la depresión. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 106-115. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123i.pdf>

Echavarría, V. (2019). *De plantas y ritus*. Medellin: NEXOS. Retrieved from <https://www.eafit.edu.co/nexos/ediciones-impresas/Paginas/de-plantas-y-ritos-212.aspx>

EcuaRed. (2011, septiembre 30). *Subcultura*. Retrieved from EcuaRed: https://www.ecured.cu/Subcultura#Subcultura_Desviada

Eisenberg, J. (2014). Medicamentos antipsicóticos para tratar la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK206960/>

Elisardo, B. (2007). *Teorías y modelos explicativos en prevención de drogodependencias*. Retrieved from Universidad de Santiago de Compostela: <https://acortar.link/vYiBF>

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Fanjul, M. (2013). Adicción drogas de abuso y circuitos de recompensa. *Ciencias*. Retrieved from <https://www.revistacienciasunam.com/images/stories/Articles/109/pdf/109A12.pdf>

Fernández, E. (2017). *Estrategia Psicoeducativa para la prevención del consumo de Alcohol en estudiantes Universitarios*. Retrieved from Universidad Central "MARTA ABREU" DE LAS: <https://dspace.uclv.edu.cu/bitstream/handle/123456789/8267/EVELYN%20FERN%C3%81NDEZ%20CASTILLO%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gaia amazonas. (2019). *Plantas sagradas, elementos clave para el manejo de los territorios indígenas*. Retrieved from https://www.gaiaamazonas.org/noticias/2019-10-09_plantas-sagradas-elemento-clave-para-el-manejo-de-los-territorios-indigenas/

Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M., & Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista médica de Chile*, 169-178. doi:<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000200005>

Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H., & Uribe, M. (2008). *Psiquiatría Clínica*. Bogotá: Editorial Médica Internacional.

Gonzalez, B. (2019). *NeuroClass*. Retrieved from <https://neuro-class.com/sistema-de-recompensa-cerebral-como-funcionan-las-adicciones/>

IEM Libertad. (2020, septiembre 18). *Hormonas en Animales Vertebrados y Ser Humano Cuadro*. Retrieved from Scribd: <https://es.scribd.com/document/476579490/Hormonas-en-Animales-Vertebrados-y-Ser-Humano-Cuadro>

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Khanacademy. (2017). *Potencial de membrana*. Retrieved from khanacademy: <https://es.khanacademy.org/science/biology/human-biology/neuron-nervous-system/a/the-membrane-potential>

Lozano, A. (2017). Aspectos clínico del trastorno obsesivo - compulsivo y trastornos relacionados. *Neuropsiquiatr*, 80(1). Retrieved from <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v80n1/a06v80n1.pdf>

Manual MSD. (2018). *Profesional*. Retrieved from https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-relacionados-con-sustancias/trastornos-por-uso-de-sustancias#v23789220_es

Manual MSD. (2020). *Prosessional*. Retrieved from msdmanuals: <https://www.msdmanuals.com/es/professional>

Martínez-Gómez, A. (2014). Comunicación entre células gliales y neuronas I. Astrocytos, células de Schwann que no forman mielina y células de Schwann perisinápticas. *Revista de Medicina e Investigación*, 2, 74-84. doi:[10.1016/S2214-3106\(15\)30002-9](https://doi.org/10.1016/S2214-3106(15)30002-9)

Mendoza, Y., & Vargas, K. (2017). Factores Psicosociales Asociados Al Consumo Y Adicción A Sustancias Psicoactivas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 139- 167.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2012). Retrieved 2021, from https://d14rmgrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/prescriptiondrugs_rrs_sp_1.pdf

Naujoël, I. (2015, enero 3). *Psicología UNED*. Retrieved from <http://psicologia.isipedia.com/tercero/psicofarmacologia/07-psicofarmacologia-de-la-drogadiccion>

OpenStax. (2016). Neurona. *Neurona*. OpenStax Anatomy and Physiology.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Organización Panamericana de Salud (OPS). (2005). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Retrieved from https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

Pérez, A. M. (2007, enero 1). *Los Grupos sociales y los colectivos en la comunidad*. . Retrieved from Researchgate: https://www.researchgate.net/publication/302930003_Los_Grupos_sociales_y_los_colectivos_en_la_comunidad

Pierre, M., & Aristil, C. (2013). *Manual de farmacología básica y clínica* (Sexta ed.). D.F, México: McGraw-Hill.

Pineda, O., Teres, L., Rodríguez, U., & Ana, F. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychología. Avances de la disciplina*, IV (2), 69-82. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224090010.pdf>

Pinel, J. P. (2003). *Biopsicología* (Quinta ed.). Madrid: Prentice Hall.

Purves, D., Augustine, G. J., Fitzpatrick, D., Hall, W. C., LaMantia, A.-S., Mooney, R. D., & Platt, M. L. (2018). *Neuroscience*. New York: Oxford University Press.

Raffino, E. (2020, Julio 4). *Neurona*. Retrieved diciembre 9, 2020, from Concepto.de: <https://concepto.de/neurona/>

Reyes, A. (2010). Trastornos de ansiedad guía para diagnóstico y tratamiento. Retrieved from <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>

Rye, C., Wise, R., Jurukovski, V., DeSaix, J., Choi, J., & Avissar, Y. (2016, octubre 26). Neurons and Glial Cells. In OpenStax, *Biology* (p. 35). Houston: OpenStax. Retrieved from Neurons and glia: <https://openstax.org/books/biology/pages/35-1-neurons-and-glial-cells>

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Sadock, B. J., Sussman, N., & Sadock, V. (2019). *Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment* (Sexta ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Sussman, N. (2012). Manual de bolsillo de tratamiento psicofarmacológico. Barcelona: Lippincott.

Stahl, S. (2014). *Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones* (Cuarta edición ed.). Madrid: Aula Médica.

Talevi, A., Quiroga, P., Ruiz, E. M., Bellera, C., & Enrique, A. (2016). *Procesos biofarmacéuticos: su relación con el diseño de formas*. Retrieved from Universidad Nacional de la Plata: <https://acortar.link/PAIIk>

Tirapu, U. (2012). Cognición social en adicciones. *Trastornos Adictivos*, XIV, 3-9. doi: [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(12\)70037-5](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(12)70037-5)

Torales, J., & Andrés, A. (2017). Principios de Psicofarmacología: una introducción. *Medicina Clínica y Social*, 1(1), 54-99. Retrieved from <https://www.medicinaclinicaysocial.org/index.php/MCS/article/view/6/5>

Uruchurtu, E. I. (2010). Historia de la psicofarmacología. In M. Salazar, C. Peralta, & J. Pastor, *Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica*. (pp. 3-13). Buenos Aires: Panamericana.

VPSM. (2019, noviembre 3). *La Psicoeducación es fundamental en el tratamiento de pacientes con enfermedad mental: expertos*. Retrieved from Voz Pro Salud Mental: <https://www.vozprosaludmental.org.mx/>

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)

7. Anexos

Anexo 1. Principales hormonas de los vertebrados

Hormonas en Animales Vertebrados y Ser Humano Cuadro

PRINCIPALES HORMONAS DE LOS VERTEBRADOS			
Nombre	Segregada en	Por estímulo de	Efectos principales
H. somatotropa	Hipófisis. L. Anterior Adenohipófisis	Secreciones del lóbulo posterior de la hipófisis.	Estimula el crecimiento. Antagoniza acción de insulina.
H. Adrenocorticotropa ACTH.	Idem.	Idem.	Estimula la secreción de la corteza de glándulas suprarrenales.
H. folículo estimulante FSH	Idem.	Idem.	Hembras, estimula el desarrollo de los folículos ováricos inmaduros.
H. luteinizante LH	Idem.	Idem.	Hembras, estimula folículos maduros para formar estrógenos. Estimula a estos para que den lugar al cuerpo lúteo amarillo.
H autotrófica. LTH o lactogénica	Idem.	Idem.	Hembras, estimula la secreción del cuerpo lúteo y glándulas mamarias.
Hormona tirotrófica TSH	Idem.	Idem.	Estimula secreción G tiroides.
Intermedina	Hipófisis lóbulo medio	Células neurosecretoras	Regula cromatóforos.
Vasopresina	Hipófisis lóbulo poste Neurohipófisis.	Cambios osmóticos	Regula excreción del agua (antidiurética). Aumenta presión arterial (vosopresora).

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)

PRINCIPALES HORMONAS DE LOS VERTEBRADOS

Oxitocina	Idem.	Desconocido.	Provoca la contracción del útero y expulsión de leche.
Hormona tiroidea	G. Tiroides	H. tirotrófica (TSH).	Regula el metabolismo.
Corticosteronas	G Suprarrenales (corteza)	H. adrenocorticotropa ACTH.	Intervienen en metabolismo de agua (antidiurética). Aumento de la presión arterial (vosopresora).
Epinefrina (adrenalina)	Glándulas suprarrenales (médula)	Estímulos ext: frío. Est- inter: miedo, cólera. Hipoglucemia Hipotensión	Vasodilatadora. Metabolismo de glucosa.
Norepinefrina (noradrenalina)	Idem.	Idem.	Vasoconstrictora.
H. Paratiroidea	G. paratiroides	Cambio en la concentración del calcio sanguíneo.	Equilibrio del calcio y fósforo.
Insulina	En los islotes de Langerhans de páncreas. Células beta.	Cambios en la concentración de azúcar en la sangre.	Metabolismo de los hidratos de carbono. Hiperglucemia provoca disminución de insulina y diabetes. Hipoglucemia causa el choque insulínico.
Glucagón	En los islotes de Langerhans de páncreas. Células alfa.	Idem.	Antagoniza la acción de la insulina.
Estrógenos	Ovarios, folículos.	Foliculoestimulante FSH y luteinizante LTH	Crecimiento del útero.
Progesterona	Ovario, cuerpo lúteo.	H. Luteinizante (LTH)	Evita la expulsión del feto.
Testosterona	Células intersticiales del testículo.	H. Luteinizante (LTH)	Crecimiento y secreción de glándulas accesorias del macho.

Nota: Modificado de IEM Libertad, (2020)

[Ir al contenido](#)

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Anexo 2. Psicofármacos

Psicofármacos: Sedante, estimulantes y reguladores

PSICOFÁRMACOS

I SEDANTES

Neurolépticos o antipsicóticos

Ansiolíticos

Hipnóticos

II ESTIMULANTES

Antidepresivos:

Tricíclicos

IMAO

ISRS

Psicoestimulantes

III REGULADORES

Sales de Litio

Nota: Modificado de APA, (2014)

[Ir al contenido](#)

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas

Anexos

Anexo 3. Antidepresivos

Antidepresivos: Clásicos, IMAO, ISRS, IRD, ISRSD, INERS y IRN

Fórmula química.	Fármaco.	Dosis.
■ Clásico.	■ Imipramina.	■ 75-300 mg/día.
■ Clásico.	■ Clomipramina.	■ 75-300 mg/día.
■ IMAO.	■ Fenelzina.	■ 30-90 mg/día.
■ ISRS.	■ Fluoxetina.	■ 20-80 mg/día.
■ ISRS.	■ Paroxetina.	■ 20-40 mg/día.
■ ISRS.	■ Sertralina.	■ 50-200 mg/día.
■ ISRS.	■ Citalopram	■ 10-40 mg/día.
■ ISRS.	■ Fluvoxamina.	■ 50-300 mg/día.
■ IRD.	■ Bupropión.	■ 300 mg/día.
■ ISRSD.	■ Duloxetina.	■ 60 mg/día.
■ ISRSD.	■ Milnacipram.	■ 50-100 mg/día.
■ ISRSD.	■ Venlafaxina.	■ 75-150 mg/día.
■ INERS	■ Trazodona.	■ 50-300 mg/día.
■ IRN	■ Reboxetina.	■ 4-8 mg/día.

Ir al contenido

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)

Anexo 4. Ansiolíticos

Ansiolíticos: Benzodiacepinas.

	Grupo	Fármaco.	Dosis.
Benzodiacepinas	Benzodiacepinas de acción larga. 20 h	▪ Cloracepato. ▪ Diazepam. ▪ Fluracepan. ▪ Bromazepan. ▪ Clobazam.	▪ 10-30 mg/día. ▪ 10-40 mg/día. ▪ 10-30 mg/día. ▪ 1,5-3 mg/día. ▪ 10-60 mg/día.
	Benzodiacepinas de acción intermedia.	▪ Cloracepan ▪ Flunitracepan.	▪ 0,5-6 mg/día. ▪ 0,5-2 mg/día.
	8-15 h		
	Benzodiacepinas de acción corta.	▪ Lorazepam. ▪ Oxacepan ▪ Alprazolam	▪ 1-10 mg/día. ▪ 10- 30 mg/día. ▪ 0,5-4 mg/día.
	Benzodiacepinas de acción ultracorta.	▪ Triazolam.	▪ 0,25-0,5 mg/día.

Nota: Modificada de Gómez, et al. (2008).

[Ir al contenido](#)

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)

Anexo 5. Psicofármacos Comunes

Antipsicóticos

Fármaco	Fase aguda	Fase mantenimiento
▪ Clorpromazina (descatalogado)	▪ 300-2000 mg/día.	▪ 50-400 mg/día.
▪ Levopromacina	▪ 300-2000 mg/día.	▪ 50-400 mg/día.
▪ Clotiapina	▪ 120-320 mg/día.	▪ 20-60 mg/día.
▪ Tioridazina (descatalogado)	▪ 300-800 mg/día.	▪ 50-400 mg/día.
▪ Perfenacina	▪ 16-72 mg/día.	▪ 8-240 mg/día.
▪ Trifluoperazina	▪ 15-50 mg/día.	▪ 4-15 mg/día.
▪ Haloperidol	▪ 10-80 mg/día.	▪ 3-8 mg/día.
▪ Risperidona	▪ 6-9 mg/día.	▪ 3-6 mg/día.
Otros.		
▪ Mesoridazina	▪ 20-40 mg/día.	
▪ Flufenazina	▪ 12,5-75 mg/semana.	
▪ Tiotixeno	▪ 2-120 mg.	
▪ Loxapina	▪ 20-600 mg/día.	

Nota: Modificada de Gómez, et al. (2008).

Nota: Clásico; Antidepresivo tricíclicos y cílicos relacionados; IMAO: Inhibidores de la monoaminooxidasa; ISRS: Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina; IRD: Inhibidor de la recaptación de dopamina; ISRSD: Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y norepinefrina; INERS: Inhibidor no específico de la recaptación de serotonina; IRN: Inhibidor de la recaptación de norepinefrina. Modificada de Gómez, et al. (2008).

[Ir al contenido](#)