

TERCER SEMESTRE MODULO 11 SALUD MENTAL

1. DEFINICIÓN DE SALUD MENTAL

¿Qué es la salud mental?

La salud mental incluye nuestro bienestar emocional, psicológico y social. Afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con los demás y tomamos decisiones. La salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la adultez y la vejez.

¿Qué son las enfermedades mentales?

Las enfermedades mentales son afecciones graves que pueden afectar la manera de pensar, su humor y su comportamiento. Pueden ser ocasionales o de larga duración. Pueden afectar su capacidad de relacionarse con los demás y funcionar cada día. Los problemas mentales son comunes, más de la mitad de todos los estadounidenses serán diagnosticados con un trastorno mental en algún momento de su vida. Sin embargo, hay tratamientos disponibles. Las personas con trastornos de salud mental pueden mejorar y muchas de ellas se recuperan por completo.

¿Por qué es importante la salud mental?

La salud mental es importante porque puede ayudarle a:

- Enfrentar el estrés de la vida
- Estar físicamente saludable
- Tener relaciones sanas
- Contribuir en forma significativa a su comunidad
- Trabajar productivamente
- Alcanzar su completo potencial

Su salud mental también es importante porque puede afectar su salud física. Por ejemplo, los trastornos mentales pueden aumentar su riesgo de problemas de salud física, como accidente cerebrovascular, diabetes tipo 2 y enfermedades cardíacas.

¿Qué puede afectar mi salud mental?

Hay muchos factores diferentes que pueden afectar su salud mental, incluyendo:

- Factores biológicos, como los genes o la química del cerebro
- Experiencias de vida, como trauma o abuso
- Antecedentes familiares de problemas de salud mental
- Su estilo de vida, como la dieta, actividad física y consumo de sustancias.

También puede modificar su salud mental tomando medidas para mejorarla, como hacer meditación, usar técnicas de relajación y ser agradecido.

¿Cuáles son las señales de tener un problema de salud mental?

Cuando se trata de sus emociones, puede ser difícil saber qué es normal y qué no. Pero los problemas de salud mental tienen signos de advertencia, como:

- Cambios en sus hábitos alimenticios o de sueño
- Aislarse de las personas y actividades que disfruta
- Tener nada o poca energía
- Sentirse vacío o como si nada importara
- Tener dolores y molestias inexplicables
- Sentirse impotente o sin esperanza
- Fumar, beber o usar drogas más de lo habitual
- Sentirse inusualmente confundido, olvidadizo, enojado, molesto, preocupado o asustado
- Tener cambios de humor severos que causen problemas en sus relaciones
- Tener pensamientos y recuerdos que no puede sacar de su cabeza
- Escuchar voces o creer cosas que no son ciertas
- Pensar en lastimarse a sí mismo o a otros
- No poder realizar tareas diarias como cuidar a sus hijos o ir al trabajo o la escuela

¿Qué debo hacer si creo que tengo un problema de salud mental?

Si cree que puede tener un problema de salud mental, busque ayuda. La terapia de conversación y / o los medicamentos pueden tratar los trastornos mentales. Si no sabe por dónde comenzar, hable con su profesional de la salud.



2. ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que afecta la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. Las personas con esquizofrenia pueden parecer como si hubieran perdido el contacto con la realidad, lo que puede ser angustioso para ellas, sus familiares y amigos. Los síntomas de la esquizofrenia pueden dificultar la participación en las actividades cotidianas o habituales, pero existen tratamientos eficaces. Muchas personas que reciben tratamiento pueden participar en la escuela o el trabajo, lograr su independencia y disfrutar de las relaciones personales.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE LA ESQUIZOFRENIA?

Es importante reconocer los síntomas de la esquizofrenia y buscar ayuda lo antes posible. Por lo general, las personas con esquizofrenia son diagnosticadas entre los 16 y los 30 años, después de un primer episodio de psicosis. Comenzar el tratamiento lo antes posible después de este primer episodio es un paso importante hacia la recuperación. Sin embargo, hay investigaciones que muestran que los cambios graduales en el pensamiento, el estado de ánimo y el funcionamiento social a menudo aparecen antes del primer episodio de psicosis. La esquizofrenia no es frecuente en los niños pequeños. Los síntomas de la esquizofrenia pueden ser diferentes entre una persona y otra, pero generalmente se dividen en tres categorías principales: psicóticos, negativos y cognitivos.

SÍNTOMAS PSICÓTICOS: Los síntomas psicóticos incluyen cambios en la forma en que una persona piensa, actúa y percibe el mundo. Las personas con síntomas psicóticos pueden perder el sentido compartido de la realidad con los demás y ver el mundo de una manera distorsionada. Para algunas personas, estos síntomas aparecen y desaparecen. Para otras, los síntomas se estabilizan con el tiempo. Los síntomas psicóticos incluyen:

- **Alucinaciones:** cuando una persona ve, oye, huele, saborea o siente cosas que no son reales. Muchas personas que tienen este trastorno oyen voces. Las personas que oyen voces pueden haber estado escuchándolas durante mucho tiempo antes de que sus familiares y amigos se den cuenta de que tienen un problema.
- **Delirios:** cuando una persona tiene creencias fuertes que no son ciertas y pueden parecer irracionales a los demás. Por ejemplo, las personas que experimentan delirios pueden creer que aquellos que salen en la radio y la televisión están enviando mensajes especiales que requieren una determinada respuesta, o pueden creer que están en peligro o que otros están tratando de lastimarlos.
- **Trastorno del pensamiento:** cuando una persona tiene formas de pensar inusuales o ilógicas. Las personas con trastorno del pensamiento pueden tener problemas para organizar sus ideas y el habla. A veces, una persona deja de hablar en medio de un pensamiento, pasa de un tema a otro o inventa palabras sin sentido.



- **Trastornos del movimiento:** cuando una persona presenta movimientos corporales anormales. Las personas con estos trastornos pueden repetir ciertos movimientos una y otra vez.

SÍNTOMAS NEGATIVOS

Los síntomas negativos incluyen la pérdida de motivación, de interés o del disfrute de las actividades diarias, así como alejamiento de la vida social, dificultad para mostrar emociones y problemas para funcionar normalmente. Entre los síntomas negativos se encuentran:

- Tener problemas para planificar y ceñirse a las actividades, como ir de compras.
- Tener dificultad para prever y sentir placer en la vida cotidiana.
- Hablar con voz apagada y mostrar una expresión facial limitada.
- Evitar la interacción social o interactuar de manera socialmente incómoda.
- Tener muy poca energía y dedicar mucho tiempo a actividades pasivas. En casos extremos, una persona puede dejar de moverse o hablar por un tiempo, lo que es una condición poco común llamada *catatonia*.

A veces, estos síntomas se confunden con los de la depresión u otras enfermedades mentales.



SÍNTOMAS COGNITIVOS

Los síntomas cognitivos incluyen problemas de atención, concentración y memoria. Estos síntomas pueden dificultar el seguimiento de una conversación, aprender cosas nuevas o recordar citas. El nivel de funcionamiento cognitivo de una persona es uno de los mejores predictores de su funcionamiento diario. El funcionamiento cognitivo se evalúa mediante pruebas específicas. Los síntomas cognitivos incluyen:

- problemas para procesar la información para la toma de decisiones,
- problemas para usar la información inmediatamente después de aprenderla,
- dificultad para concentrarse o prestar atención.



RIESGO DE VIOLENCIA

La mayoría de las personas con esquizofrenia no son violentas. En general, estas personas tienen más probabilidad de que otros les hagan daño que las que no tienen la enfermedad. Para las personas con esquizofrenia, el riesgo de hacerse daño o de violencia hacia los demás es mayor cuando la enfermedad no se trata. Es importante ayudar a las personas que presentan síntomas para que reciban tratamiento lo antes posible.

¿CÓMO SE TRATA LA ESQUIZOFRENIA?

Los tratamientos actuales para la esquizofrenia se centran en ayudar a las personas a controlar sus síntomas, mejorar su funcionamiento diario y lograr metas personales en la vida, como completar su educación, dedicarse a una carrera y tener relaciones satisfactorias.

Medicamentos antipsicóticos

Los medicamentos antipsicóticos pueden ayudar a que los síntomas psicóticos sean menos intensos y menos frecuentes. Por lo general, estos medicamentos se toman todos los días en forma de pastilla

o líquido. Algunos medicamentos antipsicóticos se administran mediante inyecciones una o dos veces al mes.

Tratamientos psicosociales

Los tratamientos psicosociales ayudan a las personas a encontrar soluciones a los retos cotidianos y a controlar los síntomas mientras asisten a la escuela, trabajan o establecen relaciones. A menudo, estos tratamientos se usan junto con medicamentos antipsicóticos. Las personas que reciben con regularidad tratamiento psicosocial tienen menos probabilidad de que los síntomas reaparezcan o de ser hospitalizadas.

Educación y apoyo familiar

Los programas educativos pueden ayudar a familiares y amigos a conocer los síntomas de la esquizofrenia, las opciones de tratamiento y las estrategias para ayudar a los seres queridos con la enfermedad. Estos programas pueden ayudar a los amigos y familiares a controlar su angustia, mejorar sus propias habilidades de afrontamiento y fortalecer su capacidad para brindar apoyo.

Atención especializada coordinada

Los programas de atención especializada coordinada (también conocida como CSC, por sus siglas en inglés) son programas centrados en la recuperación de personas con un primer episodio de psicosis, una etapa temprana de la esquizofrenia. Los profesionales y los especialistas de la salud trabajan juntos como equipo para brindar esta atención coordinada, que incluye psicoterapia, medicamentos, gestión de casos, apoyo laboral y educativo, y educación y apoyo familiar. El equipo de tratamiento trabaja en colaboración con el paciente para tomar decisiones sobre el tratamiento, haciendo partícipes en la medida de lo posible a los miembros de la familia.

Tratamiento comunitario asertivo

El tratamiento comunitario asertivo está diseñado para ayudar a las personas con esquizofrenia que probablemente serán hospitalizadas en varias ocasiones o se quedarán sin hogar. Por lo general, este tipo de tratamiento lo ofrece un equipo de profesionales de la salud y especialistas que trabajan juntos para brindar atención a los pacientes en la comunidad.

Tratamiento para el consumo de drogas y alcoholismo

Con frecuencia, las personas con esquizofrenia tienen problemas de drogas y alcohol. Un programa de tratamiento que incluya tanto el tratamiento para la esquizofrenia como para el consumo de drogas y alcohol es importante para la recuperación, ya que el consumo de sustancias puede interferir con el tratamiento de la esquizofrenia.

¿Cómo puedo encontrar ayuda?

Si no sabe dónde obtener ayuda, puede comenzar con su médico u otro proveedor de atención médica. Ellos pueden referirlo a un profesional apto de salud mental, como un psiquiatra o un psicólogo que tenga experiencia en el tratamiento de la esquizofrenia.

¿Cómo puedo ayudar a un familiar o amigo familiar que tiene esquizofrenia?

Puede ser difícil saber cómo se puede ayudar a alguien que está con psicosis. A continuación, le damos algunos consejos de lo que puede hacer:

- Ayúdele a recibir tratamiento y anímelo a permanecer en tratamiento.
- Recuerde que sus creencias o alucinaciones le parecen muy reales.
- Sea respetuoso, comprensivo y amable, pero sin tolerar comportamientos peligrosos o inapropiados.
- Busque grupos de apoyo y programas de educación familiar

3. TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

El trastorno bipolar, antes denominado «depresión maníaca», es una enfermedad mental que causa cambios extremos en el estado de ánimo que comprenden altos emocionales (manía o hipomanía) y bajos emocionales (depresión).

Cuando te deprimas, puedes sentirte triste o desesperanzado y perder el interés o el placer en la mayoría de las actividades. Cuando tu estado de ánimo cambia a manía o hipomanía (menos extrema que la manía), es posible que te sientas eufórico, lleno de energía o inusualmente irritable. Estos cambios en el estado de ánimo pueden afectar el sueño, la energía, el nivel de actividad, el juicio, el comportamiento y la capacidad de pensar con claridad.

Síntomas

Existen distintos tipos de trastorno bipolar y de trastornos relacionados. Estos pueden consistir en manía o hipomanía y depresión. Los síntomas pueden causar cambios impredecibles en el estado de ánimo y el comportamiento, lo cual da como resultado un gran sufrimiento e importantes dificultades en la vida.

- Trastorno bipolar I.

Has sufrido al menos un episodio maníaco que puede estar precedido o seguido de un episodio hipomaniaco o un episodio depresivo mayor. En algunos casos, la manía puede provocar una desconexión de la realidad (psicosis).

- Trastorno bipolar II.

Has sufrido, al menos, un episodio depresivo mayor y, como mínimo, un episodio hipomaniaco, pero nunca tuviste un episodio maníaco.

- Trastorno ciclotímico.

Has tenido durante al menos dos años —o un año en el caso de niños y adolescentes— muchos períodos con síntomas de hipomanía y períodos con síntomas depresivos (aunque menos graves que la depresión mayor).

- Otros tipos.

Estos comprenden, por ejemplo, el trastorno bipolar y los trastornos relacionados inducidos por ciertos medicamentos o bebidas alcohólicas, o debidos a una enfermedad, como la enfermedad de Cushing, la esclerosis múltiple o un accidente cerebrovascular.

El trastorno bipolar II no es una forma más leve de trastorno bipolar I, sino un diagnóstico diferente. Mientras que los episodios maníacos del trastorno bipolar I pueden ser graves y peligrosos, las personas que tienen trastorno bipolar II pueden estar deprimidas durante períodos más largos, lo cual puede causar un deterioro importante.

Si bien el trastorno bipolar puede aparecer a cualquier edad, generalmente se diagnostica en la adolescencia o poco después de los 20 años. Los síntomas pueden variar de una persona a otra y pueden cambiar con el paso del tiempo.



MANÍA E HIPOMANÍA

La manía y la hipomanía son dos tipos diferentes de episodios, pero tienen los mismos síntomas. La manía es más grave que la hipomanía y causa problemas más notorios en el trabajo, la escuela y las actividades sociales, así como dificultades en las relaciones. Además, la manía puede provocar una desconexión de la realidad (psicosis) y requerir hospitalización.

Tanto los episodios maníacos como los hipomaníacos comprenden tres o más de los siguientes síntomas:

- Episodios anormales de optimismo, nerviosismo o tensión
- Aumento de actividad, energía o agitación
- Sensación exagerada de bienestar y confianza en sí mismo (euforia)
- Menor necesidad de dormir
- Locuacidad inusual
- Frenesí de ideas
- Distracción
- Tomar malas decisiones, como hacer compras compulsivas, tener prácticas sexuales riesgosas o hacer inversiones absurdas

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR



Un episodio depresivo mayor consiste en síntomas que son lo suficientemente graves para causar dificultades evidentes en las actividades cotidianas, como el trabajo, la escuela, las actividades sociales o las relaciones. Un episodio comprende cinco o más de los siguientes síntomas:

- Estado anímico depresivo, como sentirse triste, vacío, desesperanzado o tener ganas de llorar (en niños y adolescentes, el estado anímico depresivo puede manifestarse como irritabilidad)
- Marcada pérdida del interés o de la capacidad para sentir placer en todas —o en casi todas— las actividades
- Adelgazamiento importante sin hacer dieta, aumento de peso, o disminución o aumento del apetito (en niños, la imposibilidad para aumentar de peso según lo esperado puede ser un signo de depresión)
- Insomnio o dormir demasiado
- Agitación o comportamiento más lento
- Fatiga o pérdida de la energía
- Sentimientos de inutilidad, o culpa excesiva o inadecuada
- Disminución de la capacidad para pensar o para concentrarse, o indecisión
- Pensar en el suicidio, planificarlo o intentarlo

OTRAS CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO BIPOLAR

Los signos y síntomas del trastorno bipolar I y II pueden comprender otras características, como depresión ansiosa, melancolía, psicosis u otros. De acuerdo con el momento en que ocurren los síntomas, estos pueden tener etiquetas de diagnóstico tales como «de ciclos rápidos» o «mixtos». Asimismo, los síntomas del trastorno bipolar pueden presentarse durante el embarazo o cambiar de acuerdo con las estaciones del año.

SÍNTOMAS EN NIÑOS Y EN ADOLESCENTES

Los síntomas de trastorno bipolar pueden ser difíciles de identificar en niños y en adolescentes. Con frecuencia es difícil poder decir si esos altibajos son normales, si son el resultado de estrés o de un trauma, o señales de un problema de salud mental en lugar de trastorno bipolar.

Los niños y los adolescentes pueden tener episodios diferentes de trastorno depresivo mayor o de manía o hipomanía; sin embargo, el patrón puede apartarse del de los adultos con trastorno bipolar. Y los estados de ánimo pueden cambiar con rapidez durante los episodios. Es posible que algunos niños tengan, entre los episodios, períodos en los que no presenten síntomas relacionados con el estado de ánimo.

Los signos más notables de trastorno bipolar en niños y en adolescentes pueden comprender cambios importantes en el estado de ánimo que se diferencian de sus cambios anímicos habituales.

4. DEMENCIA

Es una pérdida de la función cerebral que ocurre a causa de ciertas enfermedades. Esto afecta a una o más funciones cerebrales como la memoria, el pensamiento, el lenguaje, el juicio o el comportamiento. A la demencia también se le puede denominar trastorno neurocognitivo mayor.

CAUSAS

La demencia por lo regular ocurre a una edad avanzada. La mayoría de los tipos es poco frecuente en personas menores de 60 años. El riesgo de padecer esta enfermedad aumenta a medida que una persona envejece.

La mayoría de los tipos de demencia es irreversible (degenerativa). Irreversible significa que los cambios en el cerebro que están causando la demencia no pueden detenerse ni revertirse. El mal de Alzheimer es el tipo más común de demencia.

Otro tipo común es la demencia vascular. Es causada por un flujo sanguíneo deficiente hacia el cerebro, como con un accidente cerebrovascular.

La demencia de los cuerpos de Lewy es otra causa común de demencia en los ancianos. Las personas con esta afección tienen estructuras proteínicas anormales en ciertas zonas del cerebro. Cualquier afección que tenga como resultado una lesión al cerebro puede causar demencia.

Las siguientes afecciones también pueden llevar a la demencia:

- Enfermedad de Huntington
- Lesión cerebral
- Esclerosis múltiple
- Infecciones como el VIH/sida, la sífilis y la enfermedad de Lyme
- Mal de Parkinson
- Enfermedad de Pick
- Parálisis supranuclear progresiva
- Consumo excesivo de alcohol

Algunas causas de demencia se pueden detener o revertir si se detectan a tiempo, incluyendo:

- Lesión cerebral
- Tumores del cerebro
- Abuso de alcohol por mucho tiempo (crónico)
- Cambio de los niveles de azúcar, calcio y sodio en la sangre (demencia de origen metabólico)
- Niveles bajos de vitamina B12
- Hidrocefalia normotensiva

- Uso de ciertos medicamentos, incluyendo la cimetidina y algunos medicamentos para disminuir el colesterol
- Algunas infecciones del cerebro

SÍNTOMAS

Los síntomas de demencia abarcan dificultad con muchas áreas de la función mental, incluyendo:

- El comportamiento emocional o la personalidad
- El lenguaje
- La memoria
- La percepción
- Pensamiento y juicio (habilidades cognitivas)

La demencia aparece primero generalmente como olvido.

El deterioro cognitivo leve (DCL) es la fase entre el olvido normal debido al envejecimiento y la aparición de la demencia. Las personas con DCL tienen ligeros problemas con el pensamiento y la memoria que no interfieren con las actividades cotidianas. Con frecuencia no se dan cuenta del olvido. No todas las personas con DCL presentan demencia.

Los síntomas del DCL incluyen:

- Dificultad para realizar más de una tarea a la vez
- Dificultad para resolver problemas y tomar decisiones
- Olvidar nombres, familiares, eventos o conversaciones recientes
- Tardar más tiempo en llevar a cabo actividades mentales más difíciles

Los síntomas tempranos de demencia pueden incluir:

- Dificultad para realizar tareas que exigen pensar un poco, pero que solían ser fáciles, tales como llevar el saldo de la chequera, participar en juegos (como bridge) y aprender nueva información o rutinas
- Perderse en rutas familiares
- Problemas del lenguaje, como tener dificultad para encontrar el nombre de objetos familiares
- Perder interés en cosas que previamente disfrutaba; estado anímico indiferente
- Colocar los artículos en el lugar que no les corresponde
- Cambios de personalidad y pérdida de habilidades sociales, lo cual puede llevar a comportamientos inapropiados
- Cambios de humor que acaban en comportamientos agresivos
- Desempeño deficiente en las tareas laborales

A medida que la demencia empeora, los síntomas son más obvios e interfieren con la capacidad para cuidarse. Los síntomas pueden incluir:

- Cambio en los patrones de sueño, despertarse con frecuencia por la noche
- Dificultad para realizar tareas básicas, como preparar las comidas, escoger la ropa apropiada o conducir
- Olvidar detalles acerca de hechos de actualidad

- Olvidar acontecimientos de la historia de su propia vida, perder la noción de quién es
- Tener alucinaciones, discusiones, comportamiento violento y dar golpes
- Tener delirios, depresión y agitación
- Mayor dificultad para leer o escribir
- Falta de juicio y pérdida de la capacidad para reconocer el peligro
- Uso de palabras erróneas, no pronunciar las palabras correctamente, hablar con frases confusas
- Retraerse del contacto social

Las personas con demencia grave ya no pueden:

- Llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria, como comer, vestirse y bañarse
- Reconocer a los miembros de la familia
- Entender el lenguaje

Otros síntomas que pueden ocurrir con la demencia:

- Problemas para controlar las deposiciones o la micción
- Problemas para tragar

TRATAMIENTO

El tratamiento depende de la afección que está causando la demencia. Algunas personas pueden requerir hospitalización por un corto tiempo.

En ocasiones, los medicamentos para tratar la demencia pueden empeorar la confusión de la persona. La suspensión o el cambio de medicamentos es parte del tratamiento. Ciertos tipos de ejercicios mentales pueden ayudar con la demencia.

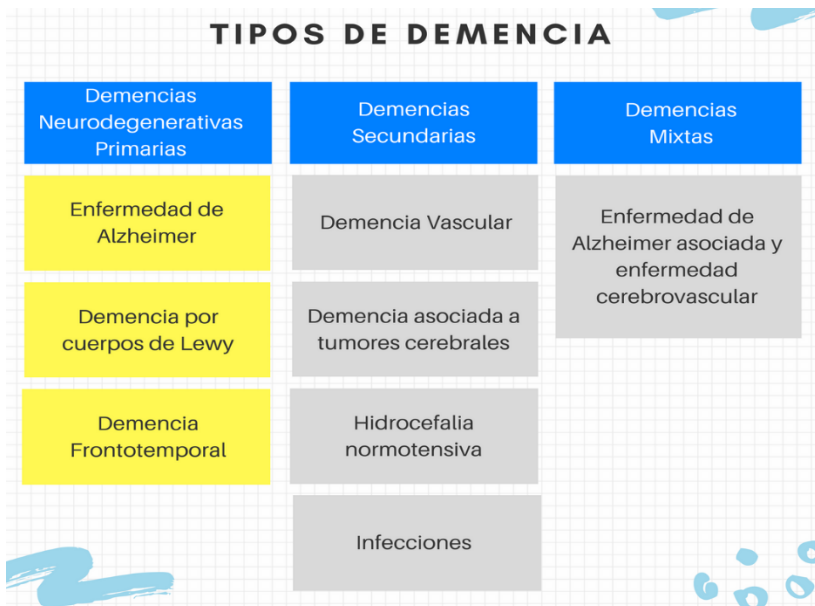
El tratamiento de afecciones que pueden llevar a la confusión a menudo puede mejorar enormemente el funcionamiento mental. Tales afecciones incluyen:

- Anemia
- Disminución de oxígeno en la sangre (hipoxia)
- Depresión
- Insuficiencia cardíaca
- Infecciones
- Trastornos nutricionales
- Trastornos de la tiroides

Se pueden utilizar medicamentos para:

- Disminuir el ritmo al cual empeoran los síntomas, si bien el mejoramiento con estos fármacos puede ser pequeño
- Controlar problemas con el comportamiento, como pérdida del juicio o confusión

Una persona que tiene demencia requerirá de apoyo en casa a medida que la enfermedad empeora. Los familiares u otros cuidadores pueden ayudar a la persona a lidiar con la pérdida de memoria y los problemas del comportamiento y el sueño. Es importante asegurarse de que las casas de las personas que tienen demencia sean seguras para ellas.



5. FÁRMACOS EN PSIQUIATRÍA

Medicamentos Psiquiátricos

Grupo	Indicaciones	Medicamento	Mecanismo de acción	Reacciones adversas
Antipsicóticos típicos				
Fenotiazinas	Esquizofrenia en todos sus subtipos, episodios maníacos, trastornos delirantes, delirium, coadyuvante en depresiones psicóticas	Levomepromazina pipotiazina Flufenazina decanoato trifluoperazina	Son los que presentan los mecanismos de acción menos sofisticados dentro del grupo de los antipsicóticos.	Efectos anticolinérgicos: boca seca, visión borrosa, retención urinaria, constipación.
Butirofenonas		Haloperidol pimozide	Funcionan como antagonistas de receptores dopaminérgicos, especialmente D2. El bloqueo D2 logra la meta deseada: apaciguar la sintomatología psicótica positiva.	Antagonismo: mareo, disminución de la tensión arterial y disfunciones sexuales.
Poco efecto sedante, hipotensor y anticolinérgico			También tienen afinidad y pueden actuar como antagonistas de otros receptores colinérgicos, adrenérgicos, histamínicos	Efectos extrapiramidales
Antipsicóticos atípicos				
Dibenzodiazepinas	Esquizofrenia en todos sus subtipos, episodios maníacos, trastornos delirantes, delirium,	Clozapina	Actúan como antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5HT _{2A} o como antagonistas parciales de los 5HT _{1A} o bien tener comportamiento de agonistas parciales de los receptores D ₂ .	Lo anterior más
No produce efectos extrapiramidales, pero sí sedante, hipotensor y anticolinérgico			Se diferencian por presentar menor incidencia de SEP y de hiperprolactinemia, desde el punto	Hipotensión postural Aumento secreción prolactina con galactorrea, amenorrea, eyaculación retardada Sx neuroléptico (hipertermia, efectos autonómicos, rigidez muscular, hipertensión)

Es una unión harto frecuente por necesaria y eficaz. En Psiquiatría los tratamientos farmacológicos que más frecuentemente se emplean se pueden agrupar, en esencia, en cuatro grandes apartados que enumeramos a continuación:

- Ansiolíticos
- Antidepresivos
- Antipsicóticos
- Eutimizantes

Por lo que respecta a los ansiolíticos (medicamentos anti-ansiedad) los más utilizados son los derivados *benzodiazepínicos* cuyo más genuino representante es el diazepam, conocido comercialmente como “Valium”. Dentro de los ansiolíticos o tranquilizantes debemos tener en cuenta de manera destacada su vida media, ya que ello va a condicionar en gran medida la forma en cómo deben ser utilizados.

ANTIDEPRESIVOS:

Medicamentos que tienen que ver en su mayor parte (pero no únicamente) con la regulación de la serotonina. Amitriptilina, imipramina fluoxetina, sertralina, escitalopram, fluvoxamina, paroxetina.

ANTIPSICÓTICOS:

Medicamentos que tienen que ver en su mayor parte (pero no únicamente) con la regulación de la dopamina. levomepromazina, haloperidol y pipotiazina, Clozapina,olanzapina y Risperidona, quetiapina.

ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO:

Medicamentos con diferentes mecanismos de acción, son la piedra angular del tratamiento del trastorno afectivo bipolar: Ácido valproico, litio y carbamazepina

BENZODIACEPINAS:

Medicamentos que se encargan de la regulación del ácido gamma amino butírico GABA, ansiolíticos por excelencia. Son medicamentos con potencial de adicción por lo que requieren formulación de control (alprazolam, midazolam, Lorazepam, clonazepam).

ANTIDEMENCIALES:

Medicamentos encargados de la regulación de la acetilcolina (rivastigmina, galantamina, donepezilo) y glutamato (memantina).



6. OTROS TRASTORNOS MENTALES

Trastornos de ansiedad. Partimos del hecho de que la ansiedad es normal en situaciones de estrés. Sin embargo, se considera trastorno de ansiedad cuando los síntomas provocan demasiada angustia o un deterioro funcional grave en la vida del paciente, impidiéndole funcionar en su vida. Dentro de los trastornos de ansiedad hay:

- **Ataques de pánico.** Aparición repentina de temor o terror, asociado a sentimientos de muerte. Entre los síntomas hay falta de aire, dolor en el pecho, molestias y palpitaciones.
- **Fobias.** Muchos pacientes sienten un miedo que no pueden tolerar ni controlar hacia determinados hechos, objetos o animales. Así, sufren un miedo irracional hacia ese estímulo, con un comportamiento de evitación. Hay muchas fobias, pero entre las más comunes se encuentran: fobia a algunos animales (serpientes, arañas, perros...), fobia social (no tiene que ver con la timidez y se traduce con un miedo ante situaciones de interacción social), agorafobia (miedo a los espacios abiertos), fobia a volar en avión, a conducir algún vehículo, a los ascensores, a los payasos, a los dentistas, a las tormentas, a la sangre, entre muchas otras.
- **Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).** Se da cuando la persona ha sido sometida a una situación traumática que le provoca una experiencia estresante psicológicamente. Entre los síntomas hay pesadillas, ira, fatiga emocional, irritabilidad, etc.
- **Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC).** Es una condición en la que la persona tiene pensamientos, imágenes o ideas intrusivas. Se relaciona con la ansiedad y por asociarse a sensaciones de angustia, temor y estrés continuado. Los pensamientos que causan malestar y obsesiones en el paciente hacen que la persona haga acciones o compulsiones para minimizar la ansiedad. Entre estos movimientos obsesivos están comprobar continuamente alguna cosa, contar, organizar mucho las cosas, lavarse continuamente, repetir palabras...
- **Trastorno de ansiedad generalizada.** Preocuparse por las cosas es normal, pero no cuando es algo que ocurre continuamente e interfiere en la vida de la persona. Las personas con este trastorno suelen preocuparse por todo: estudios, trabajo, relación de pareja, salir de casa y poder tener un accidente, etc. Esto, como consecuencia, provoca problemas de sueño, fatiga, tensión muscular, náuseas...

Trastornos del estado de ánimo. También se les conoce como trastornos afectivos. Uno de los más comunes es el trastorno bipolar, que puede afectar a cómo actúa una persona, piensa y se siente. Va más allá de los cambios de humor y afecta a muchos aspectos de la vida. Es difícil tratarlo sin medicación, ya que es necesario estabilizar al paciente y su estado de ánimo. En los momentos de manía puede incluso dejar de trabajar, aumentar sus deudas, sentirse lleno de energía aun durmiendo solo dos horas, etc. En los momentos depresivos, el paciente puede incluso no querer salir de la cama. Entre los trastornos del estado de ánimo también está el trastorno depresivo. Aunque todos podemos sentirnos decaídos o tristes en algún momento, cuando dichos sentimientos perduran durante meses y años, se considera un trastorno mental que puede ser muy serio y debilitante para el paciente.

Trastornos de la conducta alimentaria. Los más frecuentes son:

- **La anorexia nerviosa.** Se caracteriza por una obsesión por controlar la cantidad de comida ingerida, restringiendo la ingesta haciendo dieta, ayuno y ejercicio excesivo.
- **La bulimia nerviosa.** Caracterizada por pautas anómalas de alimentación, con momentos de ingesta masiva y otros de eliminación de esas calorías con vómitos, laxantes... Además, este trastorno lleva asociadas alteraciones en el cerebro (degradación de la materia blanca, por donde pasan muchos conjuntos de axones naturales).
- **Trastorno por atracón.** Es grave y se caracteriza porque la persona ingiere grandes cantidades de comida y siente que pierde el control mientras come. Tras el atracón aparece una angustia severa por el peso.



8. MANEJO DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

La sala de la entrevista no debe contener ningún objeto que pueda ser usado como arma. Debe estar situado en un lugar no aislado y de rápido acceso para el personal instruido en proceso de urgencia. No debe ser posible cerrar la puerta desde dentro y debe tener fácil accesibilidad a la puerta de salida o incluso debe tener dos puertas de entrada.

- Nos presentamos explicando el motivo por el que estamos allí (con actitud de ayuda).
- Mantener actitud tranquilizadora firme y segura.
- Mostrar respeto hacia el paciente sin dañar su autoestima, utilizando un tono de voz calmado y neutral.
- Escucha atenta empática, sin prisas, que facilite su capacidad de pensamiento y verbalización de problemas.
- Procuraremos evitar un interrogatorio minucioso y largo.
- Implantación de límites a su conducta que no sea interpretado como amenaza o emergencia que puedan aumentar la irritación y llevar a una crisis de agitación.

- Evitar discutir, responder con actitud hostil, desafiante o agresiva a su argumento, esto puede provocar un aumento notable de la violencia, especialmente en pacientes con trastornos de la personalidad.
- No hay que distanciarse, ni mirar fijamente a los ojos, ni desde un nivel más alto. Manteniendo siempre la distancia de seguridad.
- Estar pendiente de posibles signos amenazantes que indiquen violencia inmediata: tono de hablar alto, grave, amenazante y vulgar, elevada tensión muscular, hiperactividad generalizada, deambulación, golpear objetos.

MEDIDAS GENERALES DE SEGURIDAD

En la consulta:

- Aunque se debe intentar respetar la privacidad de la entrevista, es prioritario salvaguardar la seguridad.
- Si la situación lo permite, la entrevista se realizará a solas con el paciente, estaremos situados lo más próximo a la salida y con la suficiente distancia de seguridad.
- El acompañante podrá estar presente si el paciente lo permite y si actúa como elemento tranquilizador.
- Si el riesgo de violencia es elevado, el encuentro se hará con la puerta abierta y con otras personas fuera o próximos a la puerta, o incluso de pie y presentes en la habitación.
- Nunca debemos exponernos a riesgos innecesarios.
- La presencia de personal suficiente tiene carácter persuasivo y tranquilizador. En casos extremos, no debemos esperar a ser agredidos para avisar a personal de seguridad o policía (las fuerzas de seguridad tienen la obligación legal de colaborar, en caso contrario “delito de denegación de auxilio y omisión de socorro”)

Si el paciente amenaza con armas:

Se interrumpe inmediatamente la entrevista, ya que esta situación excluye la actuación del personal sanitario, no discutiremos y avisaremos al personal de seguridad y/o la policía.

En el domicilio del paciente:

Es mejor acudir con familiares. Tendremos que ser especialmente respetuosos con el espacio físico del paciente. Solicitaremos SIEMPRE PERMISO. Si el paciente vive solo debemos extremar las medidas de seguridad.

MANEJO DEL PACIENTE

manejo del paciente suicida.

- Establecer relación donde la enfermera asuma un papel de autoridad.
- Tomar en serio todas las amenazas.
- Preguntar directamente sobre ideas de suicidio.
- Preguntar a la familia sobre la conducta del paciente en caso de no obtener información suficiente.
- No abandonará el servicio de urgencia sin ser evaluado previamente por un médico.

manejo del paciente suicida.

- Mantener al paciente acompañado por la familia o un amigo (solo si actúa como elemento tranquilizador).

- Comentarios como “...pero si la vida es bella”, “es una cobardía matarse” no ayudan al paciente.
- Comentar con el paciente el impacto del su suicidio en familiares y seres queridos.
- Retirar objetos peligrosos de su entorno.

manejo del paciente depresivo.

- El objetivo de la relación es hacerle sentir que comprendemos sus sentimientos negativos. “comprendo lo que te pasa”, “te vamos a ayudar”...
- Dejar claro que la depresión es una enfermedad, susceptible de tratamiento.
- Explicar al paciente que esto es una etapa pasajera de su vida.
- Reconocer y celebrar los pequeños logros del paciente.
- Evaluar el estado general de salud.
- Evaluar riesgo de suicidio.
- No se debe decir: “ánimo no pasa nada”, “Venga, tienes que animarte”

manejo del paciente en crisis de ansiedad.

- La actitud del enfermero debe resultar tranquilizadora para el enfermo.
- Ayudar a identificar el desencadenante, determinar las medidas adoptadas para resolver el problema y las medidas habituales de afrontamiento; seleccionar las mas adecuadas
- Corregir la hiperventilación mediante “bolsa de papel”, técnicas de control de la respiración y ejercicios de relajación.
- Mantener al paciente acompañado por la familia o un amigo (solo si actúa como elemento tranquilizador).
- Administrar los ansiolíticos prescritos por el médico.

manejo del paciente psicótico.

En el abordaje del paciente con síntomas psicóticos es importante no caer en la confrontación directa.

Para pacientes con delirios y alucinaciones son tan reales como el resto de la realidad.

Debemos limitarnos a confirmar su presencia y tratar de ganar la confianza del paciente derivando su atención hacia síntomas más fáciles de aceptar (ansiedad, insomnio). No se trata de enfrentarse al delirio ni de darle la razón.

manejo del paciente psicótico.

Hay que hacerle ver que comprendemos que su experiencia es real pero sugerirle que quizás haya otra explicación, orientándose hacia nuestra realidad.

Se recomienda mantener una actitud empática y no crítica, realizar la entrevista sin impaciencia ni desconfianza, con preguntas y explicaciones breves y sencillas.

El paciente psicótico tiene dificultades para organizar sus pensamientos de forma lógica y ajustada a la realidad y utiliza un lenguaje confuso y desconcertante para el entrevistador.

manejo del paciente violento.

- Si el estado del sujeto no es de agresividad manifiesta y esta en disposición de recibir ayuda, se intentará calmarlo hablando con él.
- Permitirle que elija con quien y donde quiere hablar y si quiere hacerlo sentado o de pie.
- Evitar la presencia de público innecesario.
- Mantener un distanciamiento físico. No tocarle ni decirle cosas que le puedan excitar.

- No humillarlo, ni hacerle sentirse rechazado. Poner límites a su conducta, pero nunca amenazándole o mostrándole cólera hacia él.

manejo del paciente violento.

- Si el sujeto tiene alucinaciones, o cree que le persiguen para matarle o hacerle daño, no discutir con él ni decirle que delira o miente, ya que podría excitarse más.
- Hacerle ver que se la puede ayudar pero advirtiéndole que no se hablará con él mientras adopte una actitud agresiva.
- Tomar medidas encaminadas a evitar lesiones en el paciente hasta que pueda ser sedado.
- Cuando se decida sujetar al paciente la acción debe ser rápida y coordinada.
- La reducción se hará sin dañarlo y sin golpearlo deliberadamente.
- Disminuir los estímulos ambientales (ruido, luz, frío,...)
- Retirar objetos peligrosos de su entorno.

9. DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento.

Supone una de las patologías más frecuentes en Atención Primaria y es la primera causa de atención psiquiátrica y de discapacidad derivada de problemas mentales.

Aparece con más frecuencia en mujeres y en personas menores de 45 años.

El tratamiento con psicofármacos y/o psicoterapia, consiguen, en la mayoría de los casos, aliviar parcialmente o en su totalidad los síntomas. Una vez se han superado los síntomas de la depresión, convendrá seguir bajo tratamiento antidepresivo el tiempo necesario para evitar posibles recaídas. En algunos casos, el tratamiento deberá prolongarse de por vida.

¿Cuáles son los síntomas de la depresión?

Los síntomas nucleares de la depresión son la tristeza patológica, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y una disminución de la vitalidad que limita el nivel de actividad y produce un cansancio exagerado, que aparece incluso después de realizar pequeños esfuerzos.

Además, pueden aparecer otros síntomas, como los sentimientos de culpa o de incapacidad, la irritabilidad, el pesimismo ante el futuro, las ideas de muerte o de suicidio, la pérdida de confianza en uno mismo o en los demás, la disminución de la concentración y la memoria, la intranquilidad, los trastornos del sueño y la disminución del apetito y de la libido, entre otros.

Los síntomas más habituales son:

- Tristeza patológica.
- Pérdida de interés.
- Disminución de la vitalidad.
- Cansancio exagerado.



10. EXAMEN MENTAL

El examen del estado mental consiste en la valoración de la capacidad mental actual mediante la evaluación del aspecto general, el comportamiento, cualquier idea inusual o percepción insólita o extraña (p. ej., ideas delirantes, alucinaciones), el estado de ánimo y todos los aspectos de la cognición (p. ej., atención, orientación, memoria).

El examen del estado mental se realiza en cualquiera que presente una alteración del estado mental o un deterioro evolutivo de la cognición, ya sea agudo o crónico. Existen muchas herramientas de evaluación; las siguientes son particularmente útiles:

Se recogen los resultados iniciales y el examen se repite todos los años y siempre que se sospeche un cambio en el estado mental.

Debe informarse a los pacientes que el registro de su estado mental es una práctica sistemática y que no deben sentirse avergonzados cuando se realiza.

El examen se lleva a cabo en una sala tranquila, y el explorador debe estar seguro de que el paciente puede escuchar claramente las preguntas. Cuando su idioma madre no es el mismo que el del médico, deberían formularse en la lengua que hable con fluidez.

El examen del estado mental evalúa las diversas variables del funcionamiento cognitivo. Lo primero que debe comprobar el explorador es si los pacientes le prestan atención—p. ej., mediante la evaluación del nivel de atención solicitándoles que repitan 3 palabras de inmediato. No sirve de nada seguir examinando a un paciente distraído.

Los parámetros del funcionamiento cognitivo que deben explorarse y ejemplos de cómo deben evaluarse son los siguientes:

Examinar los 3 parámetros correspondientes a la orientación:	
Orientación	Persona (¿Cómo se llama?)
	Tiempo (¿Qué día es hoy?)
	Lugar (¿Cuál es el nombre de este lugar?)
Memoria a corto plazo	Pedirle al paciente que repita 3 objetos tras dejar pasar entre 2 y 5 min.
Memoria a largo plazo	Formular al paciente una pregunta sobre su pasado, como: "¿De qué color era la ropa que llevó el día de su boda?" o "¿Cuál era la marca de su primer coche?"
Matemáticas	Utilizar cualquier prueba matemática sencilla. Normalmente, se recurre a las series del número 7: se pide al paciente que comience en 100 y vaya restando de a 7, luego que reste 7 de 93, etc.
Búsqueda de palabras	Pedir al paciente que nombre tantos objetos de una única categoría, como artículos de vestimenta o animales, como sea posible en 1 min.
Atención y concentración	Pedir al paciente que deletree una palabra de 5 letras hacia adelante y hacia atrás. Se utiliza habitualmente la palabra "Mundo".
Denominación de objetos	Levantar un objeto, como un bolígrafo, un libro o una regla, y solicitarle al paciente que diga el nombre del objeto y de una parte de él.
Seguimiento de órdenes	Comenzar con 1 orden única, como "Tóquese la nariz con la mano derecha". Luego pruebe una orden de 3 pasos, como "Tome este trozo de papel con su mano derecha. Doblar por la mitad. Apoyar el papel en el piso."
Escritura	Pedir al paciente que escriba una frase. Esta frase debería contener un sujeto y, además, tener sentido. No habría que tener en cuenta los errores ortográficos.
Orientación espacial	Pedir al paciente que dibuje un reloj y ponga una hora específica. O que dibuje 2 pentágonos que se interceptan.
Razonamiento abstracto	Pedir al paciente que identifique un tema unificador entre 3 o 4 objetos (p. ej., todas son frutas, todos son vehículos de transporte, todos son instrumentos musicales). Pedir al paciente que interprete un proverbio moderadamente desafiante, tal como "Las personas que viven en casas de cristal no deberían arrojar piedras".
Juicio	Preguntarle al paciente sobre una situación hipotética que requiere buen juicio, como "¿Qué haría si encontrara una carta sellada en la acera?" Colocarla en el buzón es la respuesta correcta; abrir la carta sugiere un trastorno de la personalidad.

11. HOJA NEUROLÓGICA

¿Qué es un examen neurológico?

El examen neurológico es un grupo de preguntas y pruebas para revisar problemas en el sistema nervioso. A veces se conoce como neuro examen o neuro test.

Su sistema nervioso incluye el:

- Cerebro y médula espinal, también conocidos como sistema nervioso central
- Nervios periféricos que transportan señales desde y hacia su sistema nervioso central y todas las partes de su cuerpo, incluyendo piel, músculos y órganos

Su sistema nervioso juega un papel en casi todos los aspectos de su salud y bienestar. Debido a que controla muchos procesos del cuerpo, un examen neurológico consiste en muchos tipos

diferentes de pruebas. Las pruebas que le hagan dependerán del motivo de su examen. Hay pruebas de los nervios para comprobar si tiene problemas con su:

- Movimiento muscular, equilibrio y coordinación: Estas actividades están controladas por nervios motores
- Respiración, latidos del corazón, digestión y otros procesos que ocurren sin pensar: Los nervios autónomos controlan estas actividades
- Sentido del tacto, olfato, oído y vista: Los nervios sensoriales llevan esta información desde sus sentidos hasta su cerebro
- Pensamiento y memoria: Ciertas partes de su cerebro controlan estos y otros tipos de actividad mental compleja, incluyendo sus emociones **¿Para qué se usa?**

El examen neurológico puede usarse para:

- Controlar la salud de su sistema nervioso durante un chequeo de rutina
- Ayudar a averiguar si un trastorno del sistema nervioso está causando ciertos síntomas. Algunos trastornos que afectan el cerebro y los nervios incluyen:
 - Enfermedades nerviosas degenerativas, como ciertos tipos de demencia y la enfermedad de Parkinson
 - Problemas de los nervios por diabetes
 - Epilepsia
 - Trastornos de dolor de cabeza, como migrañas y dolores de cabeza en racimo
 - Meningitis
 - Esclerosis múltiple
- Ayudar a averiguar si una lesión ha dañado parte del sistema nervioso y qué tan grave puede ser el daño
- Supervisar una afección nerviosa conocida y/o ver si el tratamiento está ayudando

¿Por qué necesito un examen neurológico?

Usted podría necesitar un examen neurológico si tiene síntomas que puedan ser por una enfermedad del sistema nervioso. Dado que los nervios afectan cada parte del cuerpo, los trastornos del sistema nervioso pueden causar diferentes tipos de síntomas, incluyendo:

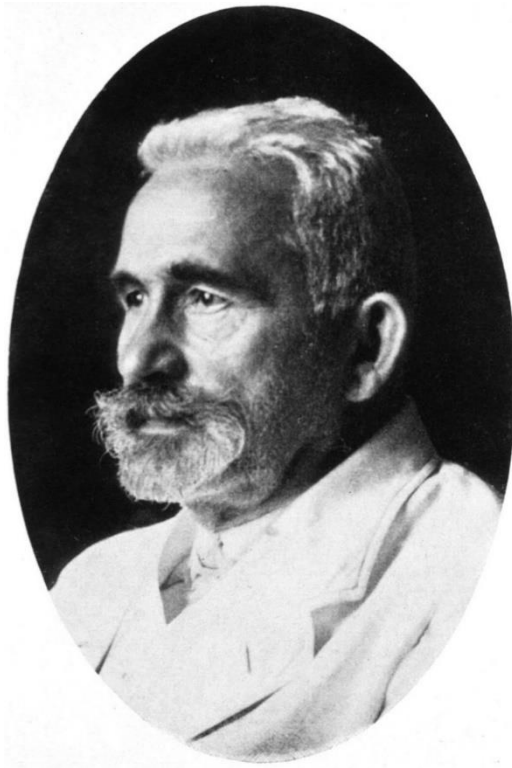
- Dolor de espalda, cuello, cabeza o a través de un nervio, como la ciática
- Temblores
- Músculos débiles o rígidos
- Problemas con el equilibrio y/o la coordinación
- Piel entumecida u hormigueo
- Cambios en cualquiera de los sentidos (oído, vista, gusto, olfato y tacto)
- Hablar arrastrando las palabras
- Confusión u otros cambios en la capacidad mental
- Convulsiones

También es posible que necesite un examen neurológico si ha tenido una lesión que puede haber dañado sus nervios periféricos, la médula espinal o causado una lesión cerebral traumática.

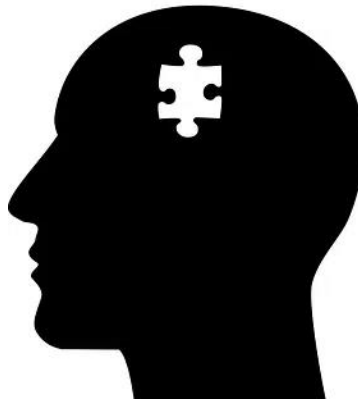
12. HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

Recién en el siglo XIX los trastornos mentales comenzaron a ser tratados científicamente como enfermedades. Hasta entonces, las personas que sufrían enfermedades mentales eran encerradas en asilos y recibían distintos tratamientos con la intención de restituirlos la razón.

Gracias a la literatura y el cine, se conocen muchas de las atrocidades a las que eran sometidas las personas que sufrían de trastornos mentales décadas y siglos atrás, que ponían en duda los supuestos beneficios de los tratamientos. Por otro lado, es preocupante pensar que muchos de los pacientes psiquiátricos de la actualidad son víctimas de malos tratos, y que tanta gente vaga por las calles de las ciudades hablando sola, sin recibir asistencia de ningún tipo por parte de las autoridades o, algo quizás más triste, de los otros seres de su especie, que miran para otro lado. El alemán Emil Kraepelin (1856–1926) suele ser mencionado como el padre de la psiquiatría y el responsable de incluir esta ciencia dentro del ámbito de la medicina. A partir de sus aportes, la psiquiatría comenzó a considerar tanto los factores psicológicos y sociales como las cuestiones biológicas en el tratamiento de los pacientes.



Los tratamientos psiquiátricos, por lo tanto, pueden dividirse en dos grandes tipos: los biológicos, que pueden incluir el suministro de medicinas y la aplicación de electroshock para actuar en la bioquímica del cerebro, y los psicoterapéuticos, que apelan a las técnicas de la psicología.



13. NEUROTRANSMISORES

Los neurotransmisores son sustancias químicas creadas por el cuerpo que transmiten señales (es decir, información) desde una neurona hasta la siguiente a través de unos puntos de contacto llamados sinapsis.

Cuando esto ocurre, la sustancia química se libera por las vesículas de la neurona pre-sináptica, atraviesa el espacio sináptico y actúa cambiando el potencial de acción en la neurona post-sináptica.

Existen distintos tipos de neurotransmisores, cada uno de ellos con distintas funciones. De hecho, el estudio de esta clase de sustancias es fundamental para entender cómo trabaja la mente humana. Además, hay diferentes sistemas de clasificaciones, conceptos intermedios que permiten ver las afinidades y diferencias entre estas sustancias: indolaminas, catecolaminas, etc.

En este artículo revisaremos algunas de las diferentes clases de neurotransmisores, las más significativas, teniendo en cuenta las relaciones que establecen entre ellos en el funcionamiento del sistema nervioso.



Principales neurotransmisores y sus funciones

La lista de neurotransmisores conocidos ha ido aumentando desde los años 80, y en la actualidad se han contabilizado más de 60.

Esto no es extraño, teniendo en cuenta la complejidad y la versatilidad del cerebro humano. En él se producen todo tipo de procesos mentales, desde la gestión de las emociones hasta la planificación y creación de estrategias, pasando por la realización de movimientos involuntarios y el uso del lenguaje.

Toda esta variedad de tareas tiene detrás a muchas neuronas coordinando entre sí para hacer que las diferentes partes del encéfalo funcionen de manera coordinada, y para ello es necesario que cuenten con un modo de comunicación capaz de adaptarse a muchas situaciones.

El uso de los diferentes tipos de neurotransmisores permite regular de muchos modos distintos la manera en la que se van activando unos u otros grupos de células nerviosas. Por ejemplo, cierta ocasión puede requerir que los niveles de serotonina bajen y los de dopamina suban, y eso tendrá una consecuencia determinada en lo que ocurra en nuestra mente. Así, la existencia de la gran variedad de neurotransmisores permite hacer que el sistema nervioso cuente con una amplia

gama de comportamientos, lo cual es necesario para adaptarse a un entorno que cambia constantemente.

En definitiva, tener más neurotransmisores involucrados en el funcionamiento del sistema nervioso (y sus correspondientes receptores en las células nerviosas) significa que hay más variedad de posibles interacciones entre grupos de neuronas. Pero, ¿cuáles son los tipos de neurotransmisores más importantes del organismo humano y qué funciones desempeñan? A continuación se mencionan los principales neuroquímicos.

1. Serotonina

Este neurotransmisor es sintetizado a partir del triptófano, un aminoácido que no es fabricado por el cuerpo, por lo que debe ser aportado a través de la dieta. La serotonina (5-HT) es comúnmente conocida como la hormona de la felicidad, porque los niveles bajos de esta sustancia se asocian a la depresión y la obsesión. Pertenecen al grupo de las indolaminas.

Además de su relación con el estado de ánimo, el 5-HT desempeña distintas funciones dentro del organismo, entre las que destacan: su papel fundamental en la digestión, el control de la temperatura corporal, su influencia en el deseo sexual o su papel en la regulación del ciclo sueño-vigilia.

El exceso de serotonina puede provocar un conjunto de síntomas de distinta gravedad, pero en su justa medida, se cree que ayuda a combatir el estrés y la ansiedad. Además, hay maneras naturales de potenciar el poder de la serotonina sobre nuestro sistema nervioso central, como por ejemplo, hacer ejercicio moderado.

2. Dopamina

La dopamina es otro de los neurotransmisores más conocidos, porque está implicado en las conductas adictivas y es la causante de las sensaciones placenteras. Sin embargo, entre sus funciones también encontramos la coordinación de ciertos movimientos musculares, la regulación de la memoria, los procesos cognitivos asociados al aprendizaje y la toma de decisiones.

3. Endorfinas

¿Te has dado cuenta de que después de salir a correr o practicar ejercicio físico te sientes mejor, más animado y enérgico? Pues esto se debe fundamentalmente a las endorfinas, una droga natural que es liberada por nuestro cuerpo y que produce una sensación de placer y euforia. Algunas de sus funciones son: promover la calma, mejorar el humor, reducen el dolor, retrasan el proceso de envejecimiento o potencian las funciones del sistema inmunitario.

4. Adrenalina (epinefrina)

La adrenalina es un neurotransmisor que desencadena mecanismos de supervivencia, pues se asocia a las situaciones en las que tenemos que estar alerta y activados porque permite reaccionar en situaciones de estrés.

En definitiva, la adrenalina cumple tanto funciones fisiológicas (como la regulación de la presión arterial o del ritmo respiratorio y la dilatación de las pupilas) como psicológicas (mantenernos en alerta y ser más sensibles ante cualquier estímulo).

5. Noradrenalina (norepinefrina)

La adrenalina está implicada en distintas funciones del cerebro y se relaciona con la motivación, la ira o el placer sexual. El desajuste de noradrenalina se asocia a la depresión y la ansiedad.

6. Glutamato

El glutamato es el neurotransmisor excitatorio más importante del sistema nervioso central. Es especialmente importante para la memoria y su recuperación, y es considerado como el principal mediador de la información sensorial, motora, cognitiva, emocional. De algún modo, estimula varios procesos mentales de importancia esencial.

7. GABA

El GABA (ácido gamma-aminobutírico) actúa como un mensajero inhibitorio, por lo que frena la acción de los neurotransmisores excitatorios. Está ampliamente distribuido en las neuronas del córtex, y contribuye al control motor, la visión, regula la ansiedad, entre otras funciones corticales. Por otro lado, este es uno de los tipos de neurotransmisores que no atraviesan la barrera hematoencefálica, por lo cual debe ser sintetizado en el cerebro. Concretamente, se genera a partir del glutamato.

8. Acetilcolina

Como curiosidad, este es el primer neurotransmisor que se descubrió. Este hecho ocurrió en 1921 y el hallazgo tuvo lugar gracias a Otto Loewi, un biólogo alemán ganador del premio Nobel en 1936. La acetilcolina ampliamente distribuida por las sinapsis del sistema nervioso central, pero también se encuentra en el sistema nervioso periférico.

Algunas de las funciones más destacadas de este neuroquímico son: participa en la estimulación de los músculos, en el paso de sueño a vigilia y en los procesos de memoria y asociación.

Clasificación de los neurotransmisores

Los tipos de neurotransmisores pueden clasificarse a partir de estas categorías, cada una de las cuales engloba varias sustancias:

1. Aminas: Son neurotransmisores que derivan de distintos aminoácidos como, por ejemplo, el triptófano. En este grupo se encuentran: Norepinefrina, epinefrina, dopamina o la serotonina.

2. Aminoácidos: A diferencia de los anteriores (que derivan de distintos aminoácidos), éstos son aminoácidos. Por ejemplo: Glutamato, GABA, aspartato o glicina.

3. Purinas: Las investigaciones recientes indican que las purinas como el ATP o la adenosina también actúan como mensajeros químicos.

4. Gases: El óxido nítrico es el principal neurotransmisor de este grupo.

5. Péptidos: Los péptidos están ampliamente distribuidos en todo el encéfalo. Por ejemplo: las endorfinas, las dinorfinas y las taquininas.

6. Ésteres: Dentro de este grupo se encuentra la acetilcolina.