

GLADP-VR

Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico

Versión Revisada

apal



Asociación Psiquiátrica
de América Latina

Sección de Diagnóstico y Clasificación

2012



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
"HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"

apal

GLADP-VR

Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico

Versión Revisada

Asociación Psiquiátrica
de América Latina

Sección de Diagnóstico y Clasificación

2012

Editores: © Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL)

© Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"

Jr. Eloy Espinoza Saldaña 709, San Martín de Porras Telf. 6149200

E-mail: webmaster@insm.gob.pe

Responsables de la Edición: Ángel Otero (Presidente, tulli@infomed.sld.cu), Javier E. Saavedra (Secretario General, saavedra@terra.com.pe), Juan Mezzich (Director Académico, juanmezzich@aol.com), e Ihsan Salloum (Asesor de Investigaciones, ihsansalloum@gmail.com), Sección de Clasificación y Diagnóstico de APAL.

Jr. Eloy Espinoza Saldaña 709, Lima 31, Lima - Perú

Teléfono: (511) 614920, Secretariado Editorial: saavedra@terra.com.pe

Edición original de la GLADP, 2004

Primera edición de la GLADP-VR, 2012

Versión electrónica pdf

Corrector de estilo:

Eduardo Borrell Castro

Diagramación y diseño de carátula:

Adolfo Ortiz Agama

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°: 2013-03793 (versión impresa)

ISBN: 978-9972-9026-2-8

Nota Editorial:

Esta es una publicación de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), para su uso por los psiquiatras y profesionales de salud de la región. Se da crédito a la Organización Mundial de la Salud que publica las revisiones periódicas de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados de Salud.

En caso de preguntas y comentarios comunicarse con el Secretariado del GLADP-VR, Dr. Javier Saavedra (saavedra@terra.com.pe), Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", Lima, Perú

TABLA DE CONTENIDOS

Plantel		5
Introducción		9
Uso de la Guía		17
Parte I.	Marco Histórico y Cultural	21
Parte II.	Epidemiología y Salud Pública	39
Parte III.	Evaluación y Formulación Diagnóstica y Plan de Atención Clínica	51
Parte IV.	Clasificación de Trastornos Mentales basada en la CIE-10	65
	A. Introducción	67
	B. Lista de Categorías Diagnósticas	73
	C. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones, Criterios Diagnósticos y Anotaciones Latinoamericanas:	91
	F00-F09	Trastornos Mentales Orgánicos, Incluyendo los Sintomáticos 93
	F10-F19	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Sustancias Psicoactivas 119
	F20-F29	Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastornos Delusivos 157
	F30-F39	Trastornos del Humor (Afectivos) 181
	F40-F48	Trastornos Neuróticos, Trastornos Relacionados con el Estrés, y Trastornos Somatomorfos 207
	F50-F59	Síndromes del Comportamiento Asociados con Alteraciones Fisiológicas y Factores Físicos 243
	F60-F69	Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento en Adultos 265
	F70-F79	Retraso Mental 299
	F80-F89	Trastornos del Desarrollo Psicológico 307
	F90-F98	Trastornos Emocionales y del Comportamiento que Aparecen Habitualmente en la Niñez y en la Adolescencia 331
	F99	Trastorno Mental No Especificado en Otro Lugar 361
	D. Síndromes Culturales	363

ANEXOS:		383
Anexo 1.	Caso Clínico Ilustrativo	385
Anexo 2.	Condiciones Seleccionadas de Otros Capítulos de la CIE-10, frecuentemente asociadas con Trastornos Mentales y del Comportamiento	391
Anexo 3.	Diccionario Lexicológico	409
Anexo 4.	Propuestas para Sistemas Diagnósticos Futuros	415
Anexo 5.	Lista de Participantes en la GLADP 2004	423
BIBLIOGRAFÍA		433
ÍNDICE ALFABÉTICO DE MATERIAS		455

PLANTEL DE LA GUÍA LATINOAMERICANA DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO, VERSION REVISADA (GLADP-VR)

COMITÉ EJECUTIVO

Ángel Otero Ojeda (Cuba) Presidente
 Javier E. Saavedra (Perú) Secretario
 Juan E. Mezzich (Perú/USA) Director Académico
 Ihsan Salloum (Venezuela/USA) Asesor Científico

CONSEJO CONSULTIVO

Renato Alarcón (Perú / USA)
 Edgard Belfort (Venezuela)
 Carlos Berganza (Presidente Fundador) (Guatemala)
 Enrique Camarena (México)
 Alfredo Cía (Argentina)
 Miguel Roberto Jorge (Brasil)
 Fernando Lolas (Chile)
 Enrique Macher (Perú)
 Miguel Angel Materazzi (Argentina)
 César Mella (República Dominicana)
 Roger Montenegro (Argentina)
 Jorge Rodríguez (PAHO)
 Luis Salvador-Carulla (España/Australia)
 Juan Carlos Stagnaro (Argentina)

GRUPOS DE TRABAJO

DIAGNÓSTICO INTEGRAL PERSONALIZADO

Juan E. Mezzich (Perú / USA) Coordinador
Ihsan Salloum (Venezuela/USA) Coordinador
 Humberto Castillo (Perú)
 Sisy Castillo Ramírez (Costa Rica)
 Silvia Leonor Herlyn (Argentina)
 Elías Klubok (Argentina)
 Sonia Judith Kodysz (Argentina)
 Alejandra Inés Maddocks (Argentina)
 Sara Maria Murillo Antúnez (Honduras)
 Guillermo Rivera Arroyo (Bolivia)
 Javier E. Saavedra (Perú)
 Manuel Suárez Richards (Argentina)
 Silvia Hemilse Tártalo (Argentina)



MARCO HISTÓRICO Y CULTURAL

José Brítez Cantero (Paraguay) Coordinador

Humberto Castillo (Perú) Coordinador

David Huanambal (Argentina)

Lilia Uribe López (Costa Rica)

Américo Reyes (Honduras)

EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA

Javier E. Saavedra (Perú) Coordinador

Ángel Otero Ojeda (Cuba)

Juan E. Mezzich (Perú/USA)

TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

Elías Klubok (Argentina) Coordinador

Angel Otero (Cuba) Coordinador

Elva Carreño (Ecuador)

José Carlos San Martín Medina (Perú)

Fernando Taragano (Argentina)

TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Elvia Velásquez (Colombia) Coordinadora

Ihsan Salloum (Venezuela/USA) Coordinador

Antonio Jesús Caballero Moreno (Cuba)

Javier Didia Attas (Argentina)

Martín Nizama Valladolid (Perú)

Ricardo Ángel González Menéndez (Cuba)

Alfredo Saavedra Castillo (Perú)

Juan Emilio Sandoval Ferrer (Cuba)

TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS, ESQUIZOTÍPICOS Y DELUSIONALES

Claudio E. M. Banzato (Brasil) Coordinador

Javier Contreras Rojas (Costa Rica) Coordinador

Clarisa Dantas (Brasil)

Enrique Galli (Perú)

Aníbal Goldchluk (Argentina)

Humberto Martínez (Cuba)

Manuel Ponce (Perú)

TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)

Nelson Moreno Ceballos (República Dominicana) Coordinador

Emma Saad de Janon (Ecuador) Coordinadora

Walter Herrera Amighetti (Costa Rica)

Enrique Galli (Perú)

Roberto González Pérez (Cuba)



Juan E. Maass (Chile)
 Ana Leticia Palacio (Argentina)
 Hector Rubinetti (Argentina)
 Abel Sagástegui (Perú)
 Myleen Madrigal Solano (Costa Rica)

TRASTORNOS NEURÓTICOS, RELACIONADOS CON EL ESTRÉS Y SOMATOMORFOS

Víctor Cruz (Perú) Coordinador

Alberto Clavijo (Cuba)
 Alfredo Cía (Argentina)
 Ingrid Dormond (Costa Rica)
 Reina Rodríguez (Cuba)
 Javier E. Saavedra (Perú)
 Favio Vega Galdós (Perú)

TRASTORNOS ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y A FACTORES FÍSICOS

Graciela Beatriz Onofrio (Argentina) Coordinadora Rubén Hernández Serrano (Venezuela) Coordinador

Mónica Braude (Argentina)
 Rolando Pomalima (Perú)
 José Agustín Sardiñas Orozco (Cuba)
 Juan Cristóbal Tenconi (Argentina)
 Roxana Vivar Cuba (Perú)

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO ADULTO

Nestor Koldobsky (Argentina) Coordinador Carlos Orellana Román (Ecuador) Coordinador

Jorge Tomas Balseiro Estevez (Cuba)
 David Haro Bruyat (Perú)
 Dante Wharton (Perú)

RETRASO MENTAL

Vivian Ravelo (Cuba) Coordinadora Luis Salvador-Carulla (España) Coordinador

Edgard Belfort (Venezuela)
 Jorge Castro Morales (Perú)
 Elsa Susana Felipa Rejas de Cardozo (Perú)
 Blanca Herrera Gallegos (Ecuador)
 Víctor Huerta-Mercado Cáceres (Perú)

TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

Jorge Castro Morales (Perú) Coordinador Enrique Camarena Robles (México) Coordinador



Edgard Belfort (Venezuela)
Ana Schapiro Sánchez (Costa Rica)
Horacio Benjamín Vargas Mura (Perú)

TRASTORNOS DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Enrique Macher Ostolaza (Perú) Coordinador
Edgard Belfort (Venezuela) Coordinador
Celina Fabrikant (Argentina)
Nora Leal Marchena (Argentina)
Alfredo Saavedra Castillo (Perú)
Horacio Benjamín Vargas Mura (Perú)
José Valverde (Perú)

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y EN EL CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD

Lizardo Rodríguez Villacrés (Perú)
José Galindo Tipacti (Perú)

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Fernando Lolas Stepke (Chile)



INTRODUCCIÓN

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Versión Revisada (GLADP-VR) representa un esfuerzo continental para actualizar la GLADP original y la utilización del Capítulo de Trastornos Mentales de la 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (World Health Organization, 1992a). Por tanto, comporta una perspectiva latinoamericana para la región y el mundo que evalúa críticamente los estándares internacionales, colabora en la formulación de un modelo diagnóstico integral centrado en la persona e incluye anotaciones a la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, con base en la realidad, cultura y necesidades latinoamericanas.

La GLADP-VR representa un avance en el proceso inaugurado con las contribuciones de José Leme Lopes (1954) en Brasil y José Horwitz y Juan Marconi (1966) en Chile, pioneros esfuerzos de la psiquiatría latinoamericana por refinar sus modelos de clasificación y diagnóstico. Representa también la GLADP-VR un reconocimiento a los nosólogos latinoamericanos que -como Carlos Acosta Nodal (1975) en Cuba, J. C. Lucena (1963) en Brasil, y Carlos León (1986) en Colombia- han creado las circunstancias propicias para el desarrollo de un modelo diagnóstico regional. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Psiquiátrica Americana han iniciado en los últimos años los procesos de revisión de sus respectivas clasificaciones. Los organizadores de la Clasificación Internacional de Enfermedades - 11 edición (CIE-11) han planeado la aparición de esta en 2015. La clasificación norteamericana de trastornos mentales en su 5ª edición (DSM-5) sería publicada en mayo de 2013. En este contexto, la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), a través de su Sección de Diagnóstico y Clasificación, ha desarrollado la GLADP-VR, lo cual representa para América Latina la oportunidad de contribuir protagónicamente en estos procesos de desarrollo internacional.

La GLADP-VR también representa una oportunidad de armonizar los estándares de clasificación internacional con las necesidades locales, la unidad con la diversidad; la unidad, representada por un sistema referencial de clasificación para el mundo (la CIE) y, la diversidad, por adaptaciones locales de estos sistemas de clasificación internacionales. La GLADP-VR es también un paso previo a la preparación y publicación de la segunda edición de la GLADP en el 2015 en concordancia con la CIE-11.

El énfasis de esta revisión de la GLADP se ha dirigido a actualizar las anotaciones latinoamericanas y a desarrollar una nueva propuesta de modelo diagnóstico integral que se oriente a un sistema diagnóstico centrado en la persona.

IMPORTANCIA DE LA CLASIFICACIÓN Y DEL DIAGNÓSTICO SISTEMÁTICO EN PSQUIATRÍA:

Hace 40 años Feighner y el grupo de la Universidad de Washington en San Luis, Missouri (Feighner et al., 1972) publicaron sus criterios diagnósticos para uso en la investigación psiquiátrica, un proceso que culminó con la publicación de la tercera



edición del *Manual de Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana* (DSM-III) (American Psychiatric Association, 1980). Desde entonces, grandes recursos se han dedicado al incremento de la fiabilidad del diagnóstico en psiquiatría. El éxito de este esfuerzo refleja la necesidad de la especialidad para incrementar su carácter científico e impulsar la comunicación internacional entre sus especialistas, estimulando considerablemente lo que parecía una práctica diagnóstica poco fiable a finales de los años 60 (ver p. ej., Cooper et al., 1972; Kendell, et al., 1971).

La transición que se opera entre la segunda y la tercera edición de la clasificación norteamericana (American Psychiatric Association, 1968, 1980) es considerable y se caracteriza especialmente por la incorporación en el modelo diagnóstico de refinamientos metodológicos importantes. Tales refinamientos incluyen, entre otros, el uso de pautas operativas como lineamientos para la descripción de cada trastorno, así como la formulación del diagnóstico respectivo a lo largo de dimensiones o ejes considerados críticos para una adecuada descripción de la condición clínica del paciente.

Nombrar y clasificar los fenómenos de la realidad circundante son tareas del hombre tan antiguas como la existencia de la humanidad misma. Esta función de nombrar, como comunicación de similitudes y diferencias en los fenómenos, subyace a toda actividad humana incluyendo la capacidad misma de sobrevivir (Mezzich & Jorge, 1993). Confrontado con los hechos en la naturaleza, algunos de los cuales lucen amenazadores a su existencia, el hombre experimenta la necesidad de entenderlos, controlarlos y predecirlos, para lo cual requiere de la elaboración de explicaciones o conceptos interpretativos de tales fenómenos. Adicionalmente, la necesidad de comunicar eficientemente tales interpretaciones conduce a la construcción de términos con los cuales denominarlos y a la formulación de criterios definitorios de los mismos. Estos criterios definitorios buscan establecer límites entre lo que el fenómeno es y lo que no es, o, cuando menos, establecer gradaciones de membresía categorial. La propiedad con que tales criterios tienen éxito en capturar consistentemente y en forma práctica los elementos fundamentales y delimitantes del fenómeno que intentan caracterizar conduce a los conceptos de validez, fiabilidad y aplicabilidad de tales criterios definitorios.

Fiabilidad se refiere a la generalización de una medición (grado de acuerdo entre evaluadores o entre diferentes momentos evaluativos). Por ejemplo, si ante una persona con fobia a las alturas es posible lograr un grado razonable de acuerdo entre varios clínicos de que la fobia a las alturas existe en esa persona en particular, se puede decir que el concepto fobia a las alturas alcanza un grado razonable de fiabilidad entre observadores. Validez, por otro lado, tiene que ver con el valor que un concepto determinado tiene para el entendimiento del fenómeno y para la atención clínica. Por ejemplo, un diagnóstico de fobia será válido si ayuda a entender su etiología o a conectarlo con un tratamiento efectivo.

EL ÉNFASIS EN LA FIABILIDAD

La fiabilidad es una característica fundamental de una medición científica. Por este motivo, el énfasis de los investigadores en el campo en pasadas décadas se ha puesto en la posibilidad de generalización de los conceptos diagnósticos. La meta ha sido lograr



el grado máximo de acuerdo entre observadores incrementando la reproducibilidad de la aplicación de sus métodos de evaluación, así como su efectividad. Esta fiabilidad mejorada del diagnóstico clínico incrementó la capacidad de los clínicos para caracterizar y manejar muchos fenómenos relacionados con la conducta humana, y contribuyó a que la psiquiatría se afirmara como una disciplina seria de la medicina.

Los desarrollos metodológicos que se citan como fundamentales para el incremento de la fiabilidad diagnóstica en psiquiatría en las últimas décadas son los siguientes: a) el empleo de descripciones fenomenológicas de los trastornos, y b) la utilización de criterios operativos explícitos para el diagnóstico. Estos enfoques enfatizan la observación cuidadosa de los cuadros clínicos, prescindiendo de consideraciones etiológicas, pero se abren a la crítica al confiar más en la observación transversal de los fenómenos clínicos restando importancia al entendimiento de su desarrollo evolutivo, su génesis y su complejidad multicausal.

LA BÚSQUEDA DE LA VALIDEZ DEL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

Otro aspecto metodológico importante en el desarrollo científico de la psiquiatría ha sido una creciente inquietud por la validez del diagnóstico psiquiátrico. Esto implica no sólo *explicar* sino también *entender* en la conceptualización jasperiana de la tarea diagnóstica (Jaspers, 1959, 1997). Se hace necesario, entonces, no sólo la observación fidedigna de la conducta anormal, sino su entendimiento en el contexto particular del paciente que la vive y comunica. Las formulaciones dinámicas e idiográficas adquieren de nuevo interés, y la cultura, con sus influencias etiopatogénicas y etiopatoplásticas, vuelve a ser prominente en las explicaciones fenomenológicas.

A esto contribuye también el desarrollo de esquemas multiaxiales para la descripción de la condición clínica, con el propósito de capturar sus componentes críticos para el delineamiento, tratamiento y evolución del cuadro clínico (Mezzich, 1995; Mezzich & Jorge, 1993).

Se hace necesario ahora construir y avanzar a partir de tales avances. A la posibilidad de abrirse a un lenguaje más universal en el campo de la psicopatología se agrega la necesidad de capturar las variaciones culturales, así como las particulares de cada persona, en virtud de la unicidad de su identidad, contexto y experiencia. Es allí donde se abre un espacio para la elaboración de anotaciones nacionales y regionales a la clasificación psiquiátrica de la OMS (World Health Organization [WHO], 1992a). La 4ª Edición del *Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana* (American Psychiatric Association, 1994), la 2ª edición revisada de la *Clasificación China de Enfermedades Mentales* (Chinese Medical Association and Nanjin Medical University, 1995) y el *3er Glosario Cubano de Psiquiatría* (Hospital Psiquiátrico de la Habana, 2001) representan ejemplos de tales anotaciones, adaptaciones o versiones nacionales o regionales de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

¿POR QUÉ UNA GUÍA LATINOAMERICANA DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO?

Con la publicación de la 10ª revisión de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1992a) y la 4ª edición de la adaptación norteamericana (APA, 1994),



expertos de países altamente desarrollados y con importantes recursos humanos y materiales han producido –con la participación de especialistas de países menos desarrollados –clasificaciones diagnósticas oficiales propuestas como universales en la especialidad. Sin embargo, estos sistemas, pese a los enormes esfuerzos de sus creadores, parecieran no ser suficientes para reflejar las maneras idiosincrásicas de experimentar una enfermedad y las necesidades clínicas particulares de la población latinoamericana. Debe reconocerse que la investigación empírica en esta región está emergiendo y que la experiencia diaria de sus clínicos es un recurso que no puede ser ignorado.

En este sentido, y por la actualidad que conservan, se reproduce aquí las ideas expresadas en la introducción a la segunda edición del Glosario Cubano de Psiquiatría (Página 1) (Acosta Nodal, Mignagaray, Nogueira, Duarte & Magriñat, 1986):

“Un país subdesarrollado tiene incuestionablemente disminuidas sus capacidades en lo que se refiere a la utilización de recursos técnicos y metodología científica. Pero en manera alguna tiene menos creatividad y originalidad en el esfuerzo; antes bien, sus científicos poseen un material de observación sumamente rico en calidad de matices: desde los que proporcionan las organizaciones sociales más primitivas, con el cortejo sintomático que les es propio, hasta los correspondientes a los grupos humanos con un alto nivel de desarrollo, cuya patología psiquiátrica es diferente en ciertos aspectos a la de organizaciones sociales más atrasadas. Esto sin desconocer las diferencias que la cultura de cada país impone a todas sus manifestaciones.

No pretendemos desdeñar lo que tiene de valiosa la colaboración proveniente de los países altamente desarrollados, capaces de transmitir sus habilidades e informar sobre teoría científica. Pero hay que estar muy atentos para evitar el tutelaje sobreprotector, que esteriliza y deforma el crecimiento que debe discurrir por los caminos propios del contexto económico social correspondiente a cada nación. Un glosario nacional sirve a dichos propósitos de formación y producción científicas orientadas por la cultura, pero, además, constituye un aporte a la comunidad internacional hecha por sus miembros activos que contribuyen por ese medio a enriquecer la clasificación internacional de enfermedades”.

Algunos críticos han sostenido que el desarrollo de adaptaciones locales de clasificaciones internacionales sería un retroceso, citando el riesgo de presiones sociales y culturales (López-Ibor, 2003). Sin embargo, algunas de las ventajas de estas adaptaciones locales, como la GLADP-VR, tienen que ver con la consideración de enfoques centrados en la persona, como son las siguientes:

1. La experiencia de enfermedad y los síntomas son dependientes del contexto social (Kirmayer, 2005).
2. Existe la necesidad de conservación, protección y desarrollo de la investigación de las condiciones clínicas locales. En este sentido la adaptación podría evitar la categorización forzada de pacientes en entidades de la clasificación internacional en sacrificio de la preservación de las entidades locales que podrían expresar de una mejor manera las condiciones de la persona (Lee, 1999; Nakane & Nakane, 2002).



3. La opinión de los usuarios profesionales de estos sistemas. Un estudio internacional amplio ha encontrado que más del 70% de los psiquiatras consultados sugiere que las clasificaciones deben considerar el contexto cultural y adaptaciones regionales (Mezzich, 2002).
4. Otros autores han argumentado que el enfoque mecanicista y ateuico de los criterios de diagnóstico ha afectado la relación médico-paciente (Andreasen, 2007; Reiser, 1988) y una adaptación local podría ayudar en la restauración de la misma, mediante la introducción de guías de evaluación diagnóstica sensibles a estos temas.
5. Adaptaciones regionales pueden integrar más fácilmente sistemas nosológicos innovadores o propuestas como la centralidad de la persona o el punto de vista de los usuarios y familias sobre la evaluación de sus problemas.
6. La existencia de adaptaciones locales (Berganza, Mezzich & Jorge, 2002; Lee, 1999; Otero-Ojeda, 2002) permite compartir experiencias locales más fácilmente con otras regiones y extenderlas a la nosología en general.
7. Las adaptaciones locales podrían ser más sensibles a las complejidades de la trama de fenómenos psicopatológicos relacionados con el cambio de valores, normas y actitudes que pueden tener consecuencias para la colocación de recursos para los pacientes, los tratamientos obligatorios o implicaciones legales (Mundt, 2003).
8. Las adaptaciones locales también pueden lidiar más eficazmente con connotaciones despectivas de condiciones estigmatizantes que pueden afectar a la persona y las actitudes de los demás hacia ella.
9. La existencia de diversos actores, de la clínica a los usuarios, con roles diferenciados en cada país o región puede ser mejor reconocida.

Las necesidades de América Latina en materia de diagnóstico psiquiátrico son particulares por el impacto de la cultura sobre la experiencia de salud mental. Las circunstancias socioeconómicas de amplios sectores de esta población deben ser consideradas para la prevención y promoción de la salud, que requieren un enfoque atento a la manera de organizar la descripción de salud de estos pacientes.

Por otro lado, sí es importante que las adaptaciones locales mantengan compatibilidad con los sistemas internacionales estándar. La GLADP-VR integra el uso de criterios diagnósticos operacionales según la CIE-10 (World Health Organization, 1992b) y un sistema multiaxial que incluye elementos culturales y personalizados de cada paciente.

QUÉ ES Y QUÉ NO ES LA GUÍA LATINOAMERICANA DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

La propuesta inicial de una Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico surge como respuesta a la necesidad de la psiquiatría latinoamericana de adaptar la clasificación internacional de los trastornos psiquiátricos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a las necesidades particulares de la población de América Latina. Existen, por ejemplo, diferencias importantes en la expresión y fenomenología de la depresión entre sujetos latinoamericanos y norteamericanos como con aquellos de otras latitudes y meridianos (Mezzich & Raab, 1980; Singer, 1984). Por otro lado, se



necesita atender de manera competente a síndromes locales de importancia, tales como el *susto*, el *ataque de nervios* y otros que obtienen sólo una cobertura marginal en otros sistemas. Esto debería, al mismo tiempo, incrementar el uso del diagnóstico sistemático entre los psiquiatras latinoamericanos y así mejorar la calidad de la atención psiquiátrica.

El desarrollo de una guía diagnóstica latinoamericana ofrece incrementar la comunicación entre profesionales de la región y mejorar la calidad de la investigación para la elaboración de una base informativa que permita entender mejor los problemas de esta población. Es previsible que esto traiga como consecuencia el desarrollo de una psiquiatría latinoamericana tanto más científica como más humanista.

La GLADP y la GLADP-VR no son, por supuesto, una nueva clasificación psiquiátrica divorciada de la CIE-10, ni un texto de psiquiatría latinoamericana. Tampoco pretende constituirse en una nueva escuela teórica en particular. Tiene la Guía el propósito fundamental de mejorar la atención clínica en la región, optimizar la comunicación entre profesionales de las ciencias de la salud en América Latina y el resto del mundo, asegurar un reporte lo más fiable y válido posible de las estadísticas de salud mental en la región y propiciar la competencia cultural en los sistemas de salud mental.

La revisión de la GLADP se ha convertido en una actividad permanente desde su creación en octubre de 1998 y es la responsabilidad primordial de la Sección de Diagnóstico y Clasificación de APAL. Ha sido considerado recientemente uno de los Programas de Prioritarios de la APAL y se ha llevado a cabo en coordinación con las demás secciones científicas de APAL. Adicionalmente, la GLADP-VR es auspiciada por el Instituto de Psiquiatras de Lengua Española. La GLADP-VR ha sido el primer paso a una segunda edición de la GLADP planificada para el 2015 de acuerdo con la aparición de la CIE-11. La labor principal de la revisión de la GLADP se ha llevado a cabo a través de grupos de trabajos alrededor de temas centrales y las principales grandes categorías diagnósticas, cuyos miembros han sido nominados por las sociedades psiquiátricas de América Latina en consulta con sus respectivas secciones nacionales de diagnóstico y clasificación. Cada uno de los grupos de trabajos tiene dos coordinadores y un número variable de miembros, que en conjunto reunieron a un grupo sustancial de los más calificados expertos provenientes de la mayoría de países de América Latina.

Asimismo, como parte del proceso de revisión de la GLADP, se llevó a cabo una encuesta, donde fueron invitadas a participar sociedades psiquiátricas de América Latina. La encuesta fue elaborada y corregida por el Comité Directivo de la GLADP-VR para evaluar el uso, la utilidad, precisión y pertinencia de la GLADP-VR entre psiquiatras de América Latina. Se incluyeron preguntas narrativas acerca de las características fundamentales que debiera poseer una guía útil de América Latina, acerca de la comparación con otros sistemas de diagnóstico como la CIE-10 y DSM-IV y, por último, sugerencias sobre cómo mejorar la Guía. La encuesta se efectuó a través de correos electrónicos. Mediante este procedimiento y sugerencias de los miembros de las sociedades, se identificó un grupo de psiquiatras con intereses en el área de clasificación y diagnóstico. Se obtuvieron respuestas de 56 psiquiatras miembros de sociedades de 14 países. En los hallazgos, se encontró que 90% de estos psiquiatras



la consideraba adecuada como una adaptación latinoamericana, 71% la consideraba útil para el uso clínico y 81% la consideraba precisa para reflejar la condición clínica del paciente. Análisis cualitativos derivados de preguntas abiertas de esta encuesta favorecían a la GLADP en relación al CIE-10 y el DSM-IV debido a su afronte integral y personalizado y a la consideración de aspectos culturales, juzgados cruciales para la adecuada atención clínica (Saavedra, Mezzich, Otero & Salloum, 2012).

Para el desarrollo de la GLADP-VR se consideró múltiples alternativas para constituir el formato de la Guía. Este consiste de las siguientes partes:

Preliminares: Plantel, Introducción y Uso de la Guía.	
Parte I.	Marco histórico y cultural de la psiquiatría latinoamericana.
Parte II.	Bases epidemiológicas e implicaciones para la salud pública
Parte III.	Proceso y formulación diagnóstica integral personalizada.
Parte IV.	Nosología psiquiátrica:
	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos mentales de la CIE-10, con anotaciones latinoamericanas.
	<ul style="list-style-type: none"> • Síndromes culturales.
Parte V.	Apéndices:
	<ul style="list-style-type: none"> • Caso clínico ilustrativo
	<ul style="list-style-type: none"> • Glosario lexicológico
	<ul style="list-style-type: none"> • Conceptos y propuestas para estudios futuros
	<ul style="list-style-type: none"> • Bibliografía
	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes en el desarrollo de la GLADP original

A continuación, la sección sobre Uso de la Guía ofrece pautas prácticas para este fin.



USO DE LA GUÍA

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Versión Revisada (GLADP-VR), se ofrece como una pauta flexible para orientar el proceso de evaluación y diagnóstico comprensivo tanto de enfermedad como de salud positiva a cargo de un equipo conformado por los clínicos, el paciente y su familia. En efecto, es fundamental promover el establecimiento de un terreno informacional común entre los protagonistas del acto diagnóstico que lleve a un entendimiento compartido de la situación clínica y subsecuentemente a un plan consensuado de acciones terapéuticas y de promoción de la salud.

Tras la presentación inicial del plantel y una introducción conceptual de la Guía, esta despliega su marco histórico y cultural, el cual informa al lector sobre las raíces y contexto longitudinal y transversal del diagnóstico en Latinoamérica. A continuación la Guía presenta sus bases epidemiológicas y sus implicaciones para la salud pública. Todas estas presentaciones iniciales intentan contextualizar la Guía y orientar al lector para una mejor utilización de sus diferentes aspectos técnicos.

La **Formulación Diagnóstica Integral Personalizada** de la GLADP-VR está tratada en un capítulo dedicado a este tópico con el cual el clínico debe familiarizarse. Este capítulo describe las bases conceptuales y estructurales de la Formulación Diagnóstica. En sus primeras secciones, este capítulo ofrece recomendaciones para una apropiada organización del proceso de evaluación desde su ambientación física hasta el establecimiento de una interacción armónica y empática entre los protagonistas del proceso diagnóstico facilitando una actitud respetuosa y empoderativa con el paciente.

El modelo diagnóstico del GLADP-VR está desplegado en un Formato de Diagnóstico Integral Personalizado. El primer componente de esta formulación corresponde al *Estado de Salud*. Este comprende cobertura estandarizada de la salud, incluyendo sus aspectos patológicos y los positivos.

Como el Formato de Diagnóstico Integral muestra, este componente comienza con una Lista de Trastornos y Condiciones clínicamente significativas tanto mentales como médico-generales. Estos trastornos y condiciones deben ser enunciados y codificados de acuerdo a los términos de los diferentes capítulos de la CIE-10, incluyendo los códigos Z para condiciones que no siendo enfermedad requieren atención clínica. Para este efecto, el clínico debe familiarizarse con los capítulos pertinentes a la Clasificación de Trastornos.

Cada uno de los trastornos y condiciones identificadas debe ser listado específicamente, comenzando con los mentales y continuando con los médico-generales, en sus correspondientes secciones. La ausencia de un trastorno o condición en una de estas secciones debe estar así indicado.



El clínico debe comprobar si su diagnóstico nosológico satisface o no los requerimientos de las pautas de la CIE-10 incluidas en la GLADP-VR. Si el clínico está convencido de la presencia de un trastorno, aun cuando sus pautas no estén plenamente satisfechas, debe indicar esta situación con el término de Diagnóstico No Pautado (DNP) y esforzarse por resolver esta situación cuando esto sea posible.

La sección dedicada a trastornos mentales cuenta con 10 categorías principales. El primer carácter, la letra F, identifica a todos los trastornos de esa sección; el segundo (del 0 al 9) se utiliza para individualizar cada una de las 10 categorías ya mencionadas, las cuales, a su vez, están subdivididas en otras tantas categorías menores de tres dígitos. Un cuarto dígito es empleado para especificar los trastornos contenidos en cada categoría de 3 caracteres, y el quinto suele ser utilizado para codificar frases calificativas, aunque excepcionalmente se use con los mismos objetivos que el cuarto.

Ninguna categoría o subcategoría de la CIE-10 ha sido suprimida. Términos en las Anotaciones Latinoamericanas como “debe tenerse mucha cautela al hacer este diagnóstico” o “no se recomienda el uso de esta subcategoría” deben interpretarse como un llamado de alerta ante las dificultades que presenta y no como una prohibición de su uso.

Los clínicos que deseen diagnosticar formas clínicas o variedades de trastornos no contempladas pueden recurrir al .8 de la categoría o subcategoría en cuestión.

La GLADP-VR, a lo largo de las descripciones nosológicas, propone el uso de algunas frases calificativas que permiten al clínico ampliar la utilidad del diagnóstico específico de la condición del paciente. Ejemplo de esto son las frases “en fase prodrómica” (preliminar o incipiente) y “con desarrollo neurótico” (sufrimiento crónico con características especiales).

El paso siguiente al listado de trastornos y condiciones clínicas es la evaluación del Funcionamiento de la Persona. Esta se divide en las áreas de cuidado personal, ocupacional, con la familia, y social en general, cada una medida con una escala de 10 puntos como sigue: 0: Funcionamiento pésimo, 2: Funcionamiento mínimo, 4: Funcionamiento marginal, 6: Funcionamiento aceptable, 8: Funcionamiento sustancial, y 10: Funcionamiento óptimo.

El componente de Estado de Salud se completa con la evaluación del Grado de Bienestar. Esta evaluación, que va de pésimo a excelente, se hace marcando directamente uno de los 10 puntos en la línea desplegada en el Formato o con la ayuda de un instrumento estandarizado apropiado. La evaluación se basa principalmente en el juicio de la persona involucrada, modulado como sea necesario por las percepciones del clínico y la familia.

El segundo componente de la Formulación Diagnóstica Integral corresponde a los *Factores Influyentes sobre la Salud*. Estos incluyen Factores de Riesgo y Factores Protectores y Promotores de la Salud. La evaluación en cada caso comienza con el registro de factores relevantes listados en el Formato y continúa con la formulación



narrativa de información adicional sobre tales factores y otros que se puedan identificar.

El tercer componente de la Formulación Diagnóstica Integral Personalizada evalúa *la Experiencia y Expectativas sobre la Salud*. Esta evaluación explicita la experiencia y necesidades de salud de la persona evaluada y las expectativas de los clínicos, la persona y la familia involucrados. Se presenta a través del desarrollo narrativo de los siguientes tres acápite:

- a) Identidad personal y cultural (conocimiento de sí mismo y de sus potencialidades y limitaciones).
- b) Sufrimiento (reconocimiento de tal experiencia, expresiones de malestar, creencias sobre la enfermedad). y
- c) Experiencias y expectativas sobre atención a la salud.

Con respecto al Plan de Atención Clínica es apropiado enfatizar que el propósito principal del diagnóstico es la atención, el tratamiento y la promoción de la salud de la persona que consulta a un profesional de la salud. Por tanto, es importante tener esta perspectiva terapéutica desde el inicio del acto de evaluación diagnóstica. El plan de atención clínica debe incluir, en primer lugar, la identificación de problemas sujetos de tratamiento y manejo clínicos; en segundo lugar, la formulación de intervenciones diagnósticas, terapéuticas y de promoción de la salud para cada uno de los problemas identificados; y en tercer lugar, la indicación de pasos adicionales para el seguimiento y refinamiento del plan de intervenciones para cada problema. Los detalles de procedimiento para la preparación de tal Plan están consignados en el Formato de Planeamiento para la Atención Clínica.

Para facilitar la adecuada utilización de la Formulación Diagnóstica y el Plan de Atención Clínica se presenta un ejemplo ilustrativo como primer apéndice en esta Guía.



*MARCO
HISTÓRICO
Y CULTURAL*

INTRODUCCIÓN

El marco histórico y cultural de la GLADP-VR sintetiza las raíces y contextos latinoamericanos pertinentes a una evaluación comprehensiva de la salud. Con respecto a la versión original de la GLADP, añade una sección sobre el impacto de la globalización. Enriquece también la lista de síndromes culturales.

El continente americano ocupa una inmensa extensión del espacio terrestre. Sólo Latinoamérica tiene una superficie de aproximadamente 42.000.000 Km². América Latina se extiende desde el Río Bravo hasta la Patagonia. Sin embargo, Canadá tiene un sector importante de población francófona y en los Estados Unidos hay una gran masa de población de origen hispano que se ha extendido rápidamente a todo lo largo del país en las últimas décadas. La diversidad geográfica, social, biológica y humana de este continente se refleja también en el hecho de que en América se encuentre casi todos los tipos de clima conocidos en la tierra. Los investigadores estiman que sus pobladores originales provinieron de Asia y Oceanía (Carpio, 1995). Los descubridores europeos encontraron culturas de alto grado de evolución (Aztecas, Mayas, Chibchas y Quechuas) así como otras de nivel neolítico superior, como algunas tribus del Mar de los Caribes. En cinco siglos han llegado a América migraciones de todos los continentes, de tal manera que, hoy por hoy, se estima que ésta debe de ser la región más plural del mundo porque junto a estas migraciones, vinieron plantas, animales, costumbres y culturas de todos los rincones del planeta (Carpio, 1995).

Existe la versión de que el primero en utilizar la etiqueta *latinoamericano* fue un oficial napoleónico justificando la expansión del imperio francés en América (Salazar, 1987). En España y Portugal se ha discutido mucho la legitimidad del término “Latinoamérica”, porque ciertamente nuestra población no es *latina* en sentido estricto —esta designación corresponde a las culturas y etnias que surgieron de la región del Lacio italiano. Se ha propuesto por ello la designación de Hispanoamérica o Iberoamérica para acentuar la importancia y el vínculo con la cultura y las razas de la península ibérica, es decir España y Portugal, que son las de mayor importancia en la conformación histórica de lo que hoy denominamos América Latina.

Algunos objetan el término Iberoamérica con el argumento de que ignora 2,500 años de historia pre-colombina y porque hace caso omiso de la contribución de la cultura africana, de enorme importancia en el Caribe. Otros han objetado inclusive el nombre de América que se ha dado al continente, ya que fue Cristóbal Colón y no Américo Vespucci el descubridor de estas tierras. Sin haber acuerdos ni en prefijos ni en sufijos, el nombre que ha terminado imponiéndose por el uso ha sido el de Latinoamérica, y sus habitantes se llaman a sí mismos *latinos*. De hecho, algunos afirman (o afirmamos) que los *latinos* somos diferentes de los europeos incluidos españoles, portugueses e italianos. Sería esta una nueva forma de percibir y afirmar la condición y la identidad latina aquella que, haciendo uso de un vocablo viejo, lo recarga con significaciones nuevas para producir una verdadera metonimia.



SINOPSIS HISTÓRICA

El proceso de descubrimiento, conquista y colonización emprendido por españoles y portugueses encontró pueblos de altísimo y algunas veces superior nivel de desarrollo cultural. Mayas, Aztecas y Quechuas llegaron a elaborar una comprensión sólida del universo que les permitió crear un calendario absolutamente preciso e identificar, entre otras cosas, el cero como categoría abstracta del pensamiento. No conocían, sin embargo, la rueda, la pólvora o las armas de fuego. Tenían una cosmovisión que integraba absolutamente todos y cada uno de los acontecimientos de la naturaleza y de la vida. El orden religioso permeaba las cosechas, las lluvias, las guerras, los sembrados, la enfermedad, la vida, la muerte y la estructura política de la sociedad. El Inca de los Quechuas se consideraba un descendiente directo del Sol y el pueblo Azteca, junto a su soberano Moctezuma, creyó ver cumplidas, con el arribo de Hernán Cortez, la profecía del regreso de su deidad Quetzalcoatl, la mítica serpiente emplumada que les indicó a sus antepasados el lugar donde deberían fundar su templo y sus nuevas moradas. Estas culturas, que vivían un tiempo circular marcado por ciclos de largos períodos, no fueron abolidas por el proceso de conquista y colonización; lo que sí se produjo fue el montaje de una nueva estructura que abarcaba todas las instancias de lo político, jurídico, económico, cultural y social y obedecía al ordenamiento existente en las potencias coloniales. Luego de este proceso, en muchos casos sangriento, no sólo quedaron las creencias de estas culturas sino también su forma de producir conocimiento para comprender la vida.

Sobre la *América Profunda* se impuso la *América Hispana*. Se trajo negros africanos en calidad de esclavos para el cultivo y la labranza. Se mezclaron con diversa intensidad las etnias, las costumbres y las culturas, y así comenzó a gestarse una *América Mestiza*. De la relación entre los blancos peninsulares surgieron los blancos criollos; de los blancos con los indios, los mestizos; de los blancos con los negros, los mulatos; y de los negros con los indios, los zambos. Esta nueva estructura social y demográfica encerraba un mar de contradicciones imposibles de sostener fuera del modelo de administración colonial. La sociedad de castas generaba privilegios y desigualdades imposibles de justificar ni de mantener en la modernidad que comenzaba a resonar en América hacia finales del Siglo XIX bajo la influencia de la Revolución Francesa.

Aunque parezca paradójico, la identificación y el estudio del mestizaje tomaron mucho tiempo en Latinoamérica. Las razones de esta demora radican no sólo en la asfixiante realidad colonial y su secuela de cultura dependiente, sino también en el caos emancipador, el influjo del positivismo extranjerizante y la nostalgia de los intelectuales de las primeras décadas del siglo XX. Voces aisladas como la de Simón Rodríguez se atrevieron a explorar posibilidades distintas, planteando con urgencia la necesidad de asumir lo autóctono: “...o inventamos o erramos”. Otros pensadores en el presente siglo, como el peruano Arguedas, se movieron de una tesis dualista (indios y “mistis”) al descubrimiento de la *positividad del estrato social mestizo*, reconociendo el valor potencial y real del mestizaje como lecho de una nueva *cultura nacional indoamericana* (Arguedas, 1985).

Los movimientos independentistas de fines del Siglo XIX y comienzos del XX se arropaban con las vestiduras ideológicas de la modernidad francesa. Ciudadanos libres,



iguales, fraternos y solidarios. Confianza en la razón, el progreso y la ciencia. Episteme fundante de la Modernidad y la Ilustración en Europa, trasvasada a América sin pasar por los procesos históricos que llevaron hasta su postulación en el viejo mundo. Un nuevo y asfixiante encubrimiento de las culturas autóctonas y de las que se estaban desarrollando a partir del mestizaje: comenzamos a “ser-como” modernos sin dejar de ser pre-modernos. Luego, en el Siglo XX, dos Guerras Mundiales y una Guerra Civil en España producen una nueva oleada migratoria de europeas hacia América. Dictaduras, democracias, procesos revolucionarios frustrados y avances tortuosos hacia ninguna parte caracterizan a Latinoamérica. Un arco voltaico se activa en la región cuando un latinoamericano compite contra representantes de cualquier otra región del mundo en los deportes, el arte, la ciencia o la cultura.

ETNPSIQUIATRÍA LATINOAMERICANA

No puede hablarse con propiedad de una *etnia latinoamericana*, pues no todos tienen una misma procedencia amniótica. Tampoco puede hablarse con propiedad de una *personalidad de base latinoamericana* en el sentido de Kardiner, concepto un tanto desacreditado por su marcada tendencia estereotipante. Todo ello, a pesar de que el concepto etnográfico tiende hoy más a identificar una comunidad histórica, social y cultural, que un grupo racial, pues *las razas puras solo existen en la mente de los que las proponen* (Alonso-Fernández, 1989). Aunque se ha propuesto algunos estereotipos nacionales y regionales, a menudo ellos no hacen sino registrar los prejuicios y prevenciones de unas subregiones ante las otras, en elaboraciones que no resisten el más simple análisis. Si de verdad queremos encontrar lo que nos une y caracteriza, tendremos que hurgar en la historia pasada y presente así como en las raíces profundas de nuestro modo de comprender la vida.

Existen, sin embargo, aspectos de las culturas regionales que sí deberían ser destacados desde un ángulo antropológico y psiquiátrico. El concepto de familia y la relación de pertenencia al grupo comunitario son seguramente distintos en México, Cuba, Venezuela, Colombia, Argentina y las restantes subregiones. El lúcido estudio de Octavio Paz *El Laberinto de la Soledad* (Paz, 1986) nos revela un mundo de significaciones difícil de encontrar en otros ambientes. Allí aprendemos que *rajarse* puede constituir para un mexicano una tragedia más radical y mucho peor que cualquiera de los cuadros clínicos descritos hasta ahora, por lo que la psiquiatría debería profundizar en el estudio antropológico y fenomenológico de la vergüenza para comprender mejor eventuales vulnerabilidades emocionales del mexicano. El descubrimiento del *homo convival* por Alejandro Moreno en los barrios pobres de Venezuela presenta un ser peculiarmente insertado en un mundo con modalidades propias de relación social y de construcción del conocimiento que, con toda seguridad, es distinto del aislado ciudadano que propuso el ideal de modernidad (Moreno Olmedo, 1993).

Carlos Alberto Seguí (1986) llama *etnomedicina a la que encontramos en las culturas primitivas. Su representante, el chamán o medicine-man, es un elemento principal en la sociedad en que actúa; representa la religión, la filosofía y las leyes; es respetado y temido*. Por otro lado, medicina folclórica es la que coexiste y se desenvuelve en medio de la civilización, es la lectura e interpretación que hace el pueblo de sus sufrimientos:



su representante principal es el curandero, el que actúa por fuera del *establishment*. Así, al lado del discurso racional y moderno de la medicina sobre la enfermedad, existe el discurso popular, folklórico o étnico, que trata de integrar la comprensión de los procesos morbosos en una concepción más amplia y total de la enfermedad, de la vida y de la muerte. Muchas veces ambos discursos coexisten en armonía aparente, algunas veces dialogan entre sí y otras tantas simplemente entran en conflicto. El psiquiatra debe comprender al hombre en su mundo de vida, aquel donde construye su saber, o de lo contrario no entenderá nada acerca del paciente ni de su enfermedad.

Aunque la psiquiatría transcultural ha identificado diversos cuadros que se suponen peculiares de regiones específicas del mundo, hoy se sabe que distintos tipos de enfermedad mental tienen una extensión pancultural. Así, el *Latha*, descrito originalmente en Java como un cuadro clínico caracterizado por la imitación “en eco” de gestos, mímica y palabras, también ha sido observado en Alaska, donde se le conoce como *histeria ártica* (Favazza & Oman, 1980). En América Latina abundan ejemplos similares. Con el concurso de la sociología y de la antropología se ha logrado identificar elaboraciones propias de las diversas subregiones étnicas para explicar la enfermedad mental; asimismo, se ha descrito cuadros clínicos autóctonos de las regiones, que deben ser asumidos como tales, no tanto por su fisonomía y estructura fenomenológica cuanto por la peculiaridad con que se construyen sus explicaciones en tanto que representaciones simbólicas de particulares mundos de vida y de creencias. También se ha descrito el efecto patoplástico de la cultura latinoamericana en la expresión de la enfermedad mental, así como algunas peculiaridades terapéuticas y etnofarmacológicas que incrementan el saber de la psiquiatría universal.

El Inca Garcilaso de la Vega describió el *susto*, una afección muy extendida en Sudamérica y explicada como el resultado del abandono que el alma hace del cuerpo del enfermo, aunque este siga con vida. Se le conoce también como *pasmo*, *espanto*, *jamí* o *mal de aire*. Entraña síntomas como una gran crisis o ataque de ansiedad, donde el “yo” pierde el gobierno de la conciencia y la voluntad, arrollado por una tormenta vegetativa. De allí la percepción popular de que el alma abandone el cuerpo y lo deje exhausto y sin energías, sufriendo progresivamente de anorexia, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso y un malestar que lo puede llevar hasta la muerte, especialmente *si el espanto llega al corazón* (León, 1986). El tratamiento debe hacerlo un *limpiador* que mediante pasos y rituales logra devolver el alma al cuerpo del enfermo. La Madre Tierra o Pachamama de los Quechuas también puede cobrar con la vida a aquellos que no le rindan los debidos tributos. La *pilladura* es también una pérdida del alma que puede llevar a la locura o la muerte. Vargas Llosa (1995), en su *Lituma en los Andes*, describe magistralmente los *Huaycos* o *Apus*, espíritus que viven en el corazón de las montañas andinas y que regularmente deben recibir sacrificios humanos o de animales o vegetales tiernos como tributos, so pena de cobrar la falta con un derrumbe o avalancha que se lleva por delante todo cuanto se le atraviese. Los Huaycos ofendidos también pueden posesionarse de un ser y emaciarse hasta la consunción total.

En los páramos andinos de Venezuela, los campesinos deben arrojar las primeras mazorcas de sus cosechas o un cerdito recién nacido a la Laguna de Urao, pues de lo contrario Arca y Arco, los espíritus de la laguna, podrían vengarse llevándose a un niño



del poblado. Un tema delirante que se observa con frecuencia entre las enfermas del pueblo es que, posesionadas por Arca, amenazan con robar niños que están todavía en el vientre materno, generando con ello gran temor entre las gestantes y sus familiares (Clarac de Briceño, 1981). Posiblemente vinculada ancestralmente con los cultos a la Madre Tierra está la costumbre todavía observable en los campos venezolanos de *enterrar el ombligo* de las criaturas; si ello no se hace, el niño o la niña serán lentos, “tarambanas” o “chiflados”.

El denominado *mal de ojo* se produce cuando una persona de mirada fuerte y poderosa observa con cierta actitud a un niño especialmente hermoso. También una planta, un animal o un adulto pueden ser víctimas del mal de ojo. Las madres temen a quien mira a sus hijos con envidia, y los protegen con un amuleto de azabache. El tratamiento del mal de ojo consiste en una “purificación” conducida por un curandero. En Cuba el mal de ojo se cura leyéndole al niño la oración de San Luis Beltrán, lo cual puede hacer cualquier persona, no necesariamente un curandero, aunque hay algunas beatas que se especializan en hacerlo, y son llamadas con frecuencia para que se ocupen de hacerlo. La enfermedad tiene un amplio registro geográfico que se extiende hasta la península ibérica.

En Venezuela se recomienda no exponer a los niños recién nacidos a la claridad de la luna llena pues coger *frío en la mollera* puede producir un pasmus. Se teme mucho a una avechicho, familia de las lechuzas, denominado *aguaitacaminos*. Si alguien oye su graznido cerca, debe maldecirlo de inmediato, o de lo contrario algún miembro de la familia puede morir.

En Cuba existe la creencia de que si la mujer embarazada se expone a la luz de la luna, o mira a un eclipse, el niño nacerá con un lunar de sangre (angioma) en la cara. Existe también, en ciertos sectores, la creencia de que algunos niños son *abicú*, esto es, que ejercen un poder maligno sobrenatural sobre otros familiares, especialmente hermanos a los que ocasionan trastornos, enfermedades y hasta la muerte. Tal creencia lleva a una extraordinaria distorsión de las relaciones intrafamiliares y afecta de manera considerable al supuesto “victimario”. La víctima, a su vez, es usualmente atendida por curanderos, chamánes o personas a quienes se supone dotadas de poder y conocimientos suficientes.

Los guaraníes habitaron un extenso territorio que se extendió desde la Amazonia hasta el río Uruguay. Ocuparon la zona del Mato Grosso de Brasil, la Región Oriental del Paraguay, el Noreste de Argentina y llegaron hasta el Uruguay medio. Predominaban entre ellos dos preocupaciones centrales: la idea del fin del mundo y de las enfermedades. Una de las etiologías temidas de estas eran las enfermedades producidas por individuos con maldad de otras tribus o de la propia que “abusaban de sus poderes extraordinarios y hacían entrar por vía mágica en el cuerpo del otro un objeto o sustancia responsable: el “quid malignum”. En la medida que fue dándose un mayor contacto con los colonizadores, fue aumentando la atmósfera de inseguridad, de descontento y desorganización social y, ni bien surgía algún malestar físico en algunos miembros de la aldea, frecuentemente se transformaba dicha condición en una epidemia o en trastorno colectivo, era paje. La amenaza del fin del mundo o Ara – kañy formaba parte de la mitología guaraní, que en el contexto situacional antes mencionado



hacia adquirir relieve la percepción de que se aproximaba día a día el apocalipsis, por el incumplimiento de las sagradas normas míticas, entre ellas la depredación de los bosques. El refugio concebido míticamente era la “tierra – sin - mal” o *yvy mara'ey* que era buscado afanosamente en todas las migraciones mesiánicas guaraníes (pre y posthispánicas), y no estaba en el más allá, sino situado sobre esta tierra. La *yvy mara'ey* es un lugar de abundancia y prosperidad. Para llegar a ella no es necesaria la muerte, y dicha tierra buena permite no sólo el *Teko – porâ* o bienestar, sino el acceso a la Perfección y Plenitud.

Entre las tribus autóctonas de América, el chamánismo se encuentra ampliamente difundido. El chamán es un psicopompo (de *psyche*, “alma”, y *pompós*, “el que guía o conduce”) que a través del éxtasis logra comunicarse con los seres del más allá. Tiene un alto rango en la sociedad tribal, donde se le teme y respeta. Su función no se reduce a tratar enfermedades sino cualquier infortunio que azote a la comunidad: plagas, pestes, hambre, guerras, desastres naturales, lluvias, sequías, etc. Por el mecanismo del trance, el chamán pasa por una muerte y resurrección ritual que le permite ascender y luego descender del mundo sutil de los espíritus (Anzures, 1995). Los aborígenes del Amazonas reciben flechazos mágicos de sus enemigos, generalmente enviados por el chamán de una tribu rival. El chamán curador, en estado de trance, extrae las flechas de las víctimas y se las apropia. *Las conserva en su propio organismo (estómago, pecho, brazo) y las nutre con su propia sangre o con el humo o el jugo de sus tabacos* (Chaumeil, 1995). Cuantas más flechas tenga, mayor será el poder del chamán. El ideal es ser invulnerable.

Entre los Mayas peninsulares el rol del chamán era fundamental. Estaba encargado de alimentar las efigies de los Dioses Mayas representados en tierra y arcilla, así como de servirles de interlocutor. El humo del tabaco le permitía comunicarse con el otro mundo y ser eficaz en la terapia. Cihuacoatl era una divinidad mexicana antigua, cuyo cuerpo estaba hecho de hojas de tabaco. Mitad serpiente, mitad mujer, era protectora de los partos. Los Lacandones queman partículas de un látex en cuyas evaporaciones va el espíritu de un enfermo para pedir por su salud en el mundo de los dioses (Marion, 1995).

La etnia Nivaklé reside en el Chaco Boreal de la República Argentina. Cuando un chamán quiere ver a través del cuerpo de un enfermo, entona un canto hasta caer en trance. Puede seducir a los peces con su canto para lograr atraparlos, puede hacer igual con otro animal para darle caza. Para los Nivaklé todos los seres que pueblan la tierra tienen sus cantos y quien mejor los aprenda tendrá mayor poder. Hay aves míticas dueñas de la lluvia y el que posea su canto puede hacer llover. En ciertas fiestas rituales de los jóvenes, cantando como las aves, se puede seducir a la pareja. Los Nivaklé consumen bebidas embriagantes, como la chicha y el hidromiel. La miel es muy apreciada por sus propiedades, y las abejas están protegidas de sus depredadores por los *dueños*, espíritus temibles y bárbaros que secuestran niños a los que luego devoran (Tomasini, 1995).

La religión Lucumí vino desde África hasta el Caribe con los esclavos negros traídos por los europeos para las duras faenas del campo. Ocha en lucumí significa Santo o Dios, deidad, pero en Haití se convierte en Loa, y su práctica se denomina Voudú o



Vudú; en otras regiones del Caribe se llama Candomblé, mientras que en Brasil es Macún y la religión es Macumba (García, 1990). En el Caribe afrocubano, los santos blancos entraron en los cultos negros y viceversa. Así, *Elegguá* son las ánimas solas, Obamoro es el Jesús Nazareno, Olordume Dios y Olosi el Diablo. Cuando los sábados por la tarde los negros se reúnen para el Toque de Santos o Bembé, hacen círculos, cantan y bailan animados por el ritmo de la tumba, hasta que alguno se poseído por un Oricha; puede ocurrir, entonces, la curación de un enfermo o la temible maldición Vudú. Algunos han planteado que la muerte Vudú se produce porque la psicología tribal favorece muy poco la diferenciación de sus componentes. Los individuos se definen como parte de una comunidad. Su existencia en solitario los deja en absoluta y total desolación. Por eso, cuando son condenados a morir y abandonados por su propia tribu, su yo, compuesto sobre todo de material social, queda exhausto y vacío. De allí que no pueda ni tenga recursos con qué afrontar la sentencia máxima, y la muerte sobrevenga por una suerte de vaciamiento que deja a la persona sin comando o control psíquico (Morin, 1974).

El espiritismo ha alcanzado amplia difusión en partes de América Latina, en particular por influencia del francés Allan Kardec (1804 - 1869) y del español Joaquín Trincado (1866 - 1938), quienes quisieron darle un matiz cientificista a sus prácticas espirituales. Así comprendidas, las causas del sufrimiento pueden ser materiales y espirituales o kármicas. Cuando está enferma *la materia*, el tratamiento corresponde a la medicina occidental. Pero cuando la enfermedad es del espíritu, el método de sanación es la *sesión* en el centro espiritista, donde acude el enfermo acompañado de familiares y amigos. El médium recibe el espíritu y en estado de trance practica un *despojo*. Pero antes debe *adivinar* la dolencia del enfermo, con lo cual cautiva su confianza. El espiritista ofrece al usuario una posibilidad de redefinir su problema en términos de esperanza. La participación de la familia y los amigos le otorga una sanción social aprobatoria. Al final, se dan consejos generales como no tomar alcohol, separarse de una relación peligrosa o portar ciertos amuletos (Lewis-Fernández & Núñez, 1997). Cierta preocupación o temor a sufrir una “embolia” (accidente cerebrovascular), de manera espontánea, o si uno se moja, realiza el coito, ingiere otro alimento, se hace cortar el cabello, se afeita, etc., tras ingerir alimentos, es normal o aceptable en ciertas capas de la población, pero en algunas personas el fenómeno toma características que satisfacen los criterios de una ansiedad fóbica, que llega incluso al estado de pánico.

Puede concluirse de esta rápida revisión etnopsiquiátrica que la influencia racionalista de Occidente no ha confiscado en su totalidad otras formas de percibir la vida, la enfermedad y la muerte que subyacen en el imaginario latinoamericano. Pero además de estas expresiones ancestrales y de las que están descritas en los manuales diagnósticos y estadísticos como el DSM-IV y el CIE - 10, existen nuevos sufrimientos que es necesario elucidar.

LA GLOBALIZACIÓN Y SU IMPACTO EN LA CULTURA LATINOAMERICANA

Las culturas latinoamericanas (como cualquier otra cultura) proveen de una identidad y dotan a las agrupaciones humanas de un argumento de cómo vivir la vida. De hecho la cultura se ejerce y se constituye a partir de la práctica. En el mundo



contemporáneo que vivimos dichos modos de vivir, de enfrentar las situaciones vitales se desdibujan por la influencia de diversos factores tales como la globalización económica, el sistema tecnológico de comunicación global y el sistema tecnológico transnacional. El nuevo orden que genera la modernidad está liderado e impulsado por las culturas centrales que promueven la individualidad, acumulación de capital y de conocimiento bajo el nombre de desarrollo personal. Estos procesos tienden a despojar al hombre de sus posesiones más valiosas tales como sus raíces, y sus conexiones familiares y comunitarias.

La globalización, si bien no apunta a una cultura global única, constituye la consolidación de una matriz civilizadora, modernidad-mundo que se caracteriza por elementos comunes: capitalismo, desterritorialización, individualización exagerada, urbanización, avances tecnológicos que atraviesan de forma diferenciada cada país o región. Afecta directamente al universo de la cultura al incidir en la noción de espacio. La cultura estuvo siempre arraigada en la organización territorial que la contenía. La tribu, la ciudad-estado, la nación, aluden a áreas geográficas con fronteras bien delimitadas en cuyo interior se desarrollan y manifiestan las identidades culturales de cada pueblo.

El sistema tecnológico de comunicación global es una herramienta que ha abreviado las distancias entre las comunidades humanas y facilitado la instalación de una nueva era, denominada sociedad de la información. Al mismo tiempo instala una tendencia debilitadora de los estados-nación como organizadores y reguladores de la vida social. Anemiza a las culturas en tanto que estas reducen o pierden su poder normador y proveedor de horizonte y sentido de la existencia social. Y son los medios de comunicación los que van ganando espacio como propulsores de modelos de estilos de vida, de deseos, actitudes, roles sociales (Beck, 2002).

El sistema económico transnacional, sustentado en la economía de mercado, permea todas las culturas e instala como procesos centrales a la producción y la mercantilización. En la aldea global en que vivimos, existen relaciones jerárquicas entre los centros dominantes y las superficies en donde aquellos ejercen una hegemonía sobre los últimos, otorgándosele el rol de proveedor de materias primas y mano de obra barata a la periferia y, al centro, la manufactura industrial de bienes terminados, la acumulación del capital y el manejo de los procesos mercantiles y económicos.

No puede soslayarse, al decir de Friedman (2001), la “Interacción entre el mercado mundial y la identidad cultural, entre los procesos locales y globales...” que moviliza la poderosa tendencia hacia la homogeneización y la fragmentación étnica y cultural, que son constitutivos de nuestra realidad presente.

La macroeconomía de los sistemas globales opera mediante los medios masivos de comunicación y a través de estrategias de publicidad sistemática y otros recursos, induce deseos, preferencias de consumo de productos y servicios que prometen organizar un estilo de vida y acceso a cierta jerarquía de prestigio otorgado por dicho consumo. Más importante, Miller (citado por Friedman) considera al consumismo moderno como una estrategia dirigida al establecimiento y sostén de la individualidad.



VIEJOS Y NUEVOS SUFRIMIENTOS EN AMÉRICA LATINA

América Latina es una región de profundos desajustes y de extrema conflictividad social. Es muy probable que siga siendo una sociedad de castas. En ese contexto se producen sufrimientos que no son bien recogidos en manuales diagnósticos de factura occidental. Los siguientes son los *nuevos problemas psicosociales* que Montenegro (1998) considera prioritarios en Latinoamérica: desempleo, migraciones, refugiados, discriminación, intolerancia, estigmatización, tortura, violación de derechos humanos, degradación ambiental, urbanización creciente, consumo de sustancias, violencia (doméstica, contra la mujer, niños y minorías), abuso y comercio sexual de menores, competitividad, estrés y SIDA. Las *nuevas patologías* propuestas por el mismo autor incluyen: nuevos crónicos, enfermos desinstitucionalizados, más demenciados por envejecimiento de la población, mayor número de enfermos crónicos procedentes de la clínica médica con trastornos psiquiátricos concomitantes y discapacidades físicas y mentales diversas.

La pobreza extrema y el trabajo precario condicionan una *existencia precaria* caracterizada por: a) lucha por la supervivencia; b) íntima convicción de derrota existencial, a la manera de una *self-fulfilling prophecy* fatídica, con mecanismos contraculturales de adaptación; c) una cierta actitud lúdica que cubre y descubre la realidad social y que se hace presente tanto en las peores como en las mejores circunstancias de la vida; d) una relación meramente utilitaria (un goce) con los objetos de la modernidad; y e) una intuición natural de acortamiento de la vida que precipita, y a menudo desvaloriza y envilece, los mecanismos de reproducción biológica (Rojas & Esser, 1999).

La familia pobre es imposible de consolidar con los recursos de que dispone, por ello está en crisis permanente. Invertir en la familia es muy costoso y por ello la sociedad ha asumido directamente su rol de reproducción social. El papel de la familia en la reproducción de valores y generación de conocimientos ha sido ocupado por la televisión y los microgrupos sociales, a menudo conformados como bandas o estructuras que recuerdan la organización tribal. Se calcula que en América Latina hay 40 millones de *niños de la calle* con un sombrío pronóstico de vida.

El alcohol, las drogas, la violencia social y familiar andan de la mano en América Latina. El alcohol está sembrado en la cultura como un valor machista y de relación social. Las fiestas colectivas, con sus grandes libaciones, suspenden todo tipo de racionalidad, incluyendo la racionalidad económica y la contención moral. Tal es el caso de los carnavales y las fiestas patronales, donde los participantes se entregan a un frenesí colectivo que recuerda las fiestas dionisiacas. De otro lado, las guerras civiles, algunas veces financiadas por el narcotráfico y estimuladas por los traficantes de armas, han aumentado exponencialmente la mortalidad violenta. Va siendo necesario convertir la *masacre* en una nueva categoría epidemiológica, ya que la simple suma aritmética de las víctimas no describe sino una mínima parte del fenómeno. Asimismo, la violencia contra la mujer y los menores son acontecimientos cotidianos en las nuevas generaciones de latinoamericanos. El suicidio muestra índices distintos a lo largo del continente: Chile y Cuba son tal vez los países más afectados por el problema, en tanto que el homicidio señorea en México, Colombia,



Brasil, Guatemala y Venezuela. Se tiene, por último, el problema de la aculturación. Los mexicanos han propuesto el término *misogenia* para designar el odio o aversión al origen o a los orígenes que, aparte de poseer una enorme complejidad psicológica, tiene la función de designar la vergüenza y descalificación social que experimentan los pueblos nativos de América ante las culturas y etnias venidas de Occidente (García Sancho, 1998). No se debe ni se puede idealizar las culturas ancestrales ya que en ellas hay violencia, discriminación e injusticias; pero tampoco se puede admitir su devastación en nombre de una nueva idolatría. Con arreglo a la razón occidental habría que pedirle a un indígena chiapaneco que sustituya su relación sagrada con la tierra, de la que se siente parte y que de alguna manera sigue adorando en el maíz, por un criterio meramente productivo y crematístico, que impone que, si la tierra tiene tal humedad o tales concentraciones de urea y de sales, su vocación y su deber es producir una cantidad determinada de frutos por hectárea sembrada. Lo importante es la rentabilidad; todo lo demás es mero atraso premoderno (Oliveros, 1996). Ya lo advirtió Bartolomé de las Casas cuando acusó a los conquistadores de idolatría por aquel afán del oro que arrebatában a *los cristos azotados de Las Indias*. El culto al dinero se ha convertido en otra religión en cuyo nombre se construyen templos y fortificaciones, se invaden países, se compran y venden honores, lealtades y conciencias. El mercado es el gran espacio donde los hombres de la modernidad construyen su entorno socializador por fuera del cual nada trascendente pareciera ocurrir. Se asigna al dinero el rol de regulador natural de todos los desequilibrios sociales. El culto al dinero ha derrotado a Eleggua, Mamapacha y a los Cantores Nivaklé. Todo tiene un precio en la religión del dinero. A esta “religión para ateos” proponemos llamarla *numolatría*.

La cruenta e interminable lucha por la mera existencia física, unida a la importación irracional de patrones de valores sociales y culturales, impide el desarrollo de sociedades aun hoy situadas en el sótano de una dependencia agobiante. Los instrumentos de la modernidad y de la post-modernidad, el cine, la televisión y todos los medios masivos de información y comunicación -en regiones donde son muchas más las personas azotadas por la miseria que aquellas con posibilidades reales de acceder a la Internet o a los medios sofisticados de diagnóstico y tratamiento- bloquean el desarrollo de la espiritualidad de las grandes masas poblacionales y neutralizan su accesibilidad a una escolarización redentora.

El psiquiatra latinoamericano no está ausente del debate entre la racionalidad moderna y el pensamiento idiosincrásico de los pueblos mestizos de América. El autismo de algunos científicos del primer mundo no le está permitido. Por eso necesita de una ciencia que no se satisfaga con los criterios nacidos desde su propio seno epistémico, dejando afuera los elementos ético-normativos y estético-subjetivos que la plasman. Como propone Habermas, debe alcanzar un conocimiento donde los criterios de plausibilidad estén dados por la coherencia entre los fragmentos teóricos y la misma vida (De Sousa Minayo, 1991). Lo que proponemos es una psiquiatría que asuma en su seno las posibilidades creadoras de la contrariedad en lugar de evitarla como si fuera un obstáculo en la producción de saber.

En ese sentido la APAL proclamó el 18 de setiembre de 2011 la Declaración de Río de la Plata que sostiene: 1) la necesidad de implementar una Salud Pública universal,



gratuita y efectiva, que brinde todos los recursos necesarios para una atención integral en Salud Mental que garantice los derechos humanos y civiles de los pacientes y sus familias, 2) basar la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, en la clínica y la psicopatología, y en el diálogo permanente con los pacientes, sus familiares y sus redes de pertenencia, 3) fortalecer el enfoque de trabajo multidisciplinario en el campo de la Salud Mental, con respeto de las competencias e incumbencias profesionales inherentes al rol de cada uno de sus integrantes, 4) establecer condiciones de trabajo saludables y de remuneración justa para todos los profesionales de la Salud Mental, 5) incentivar una educación universitaria de grado y postgrado, y el fomento de la investigación, docencia y capacitación profesional, orientadas a las necesidades de Salud Mental de cada país, 6) promover la lucha contra el estigma sobre los trastornos mentales, a través de políticas dirigidas a los medios de comunicación, orientadas a brindar una correcta información y psicoeducación a nivel comunitario, 7) reorganizar la atención psiquiátrica con un sistema regionalizado de dispositivos sanitarios que conformen servicios de complejidad creciente, desde las redes primarias de Salud Mental a nivel comunitario, hasta los hospitales psiquiátricos de alta complejidad y 8) formular una legislación efectiva de Salud Mental, elaborada en consenso con las organizaciones profesionales y científicas de psiquiatría de cada país. Dicha legislación debe cumplir los presentes principios sin sesgos ideológicos (www.apalweb.org).

Nuestras universidades y centros de estudios deben propiciar el conocimiento de nuestras raíces y valores científicos. El estudio de la obra, prédica y aportes de hombres como Honorio Delgado y Carlos Alberto Seguí debe ser parte fundamental de sus *currícula*. Estos centros académicos deben percatarse de que nuestros pueblos necesitan profesionales altamente calificados desde el punto de vista tecnológico y desde la perspectiva humana y humanista, y de que su tarea esencial radica en la formación de *un profesional comprometido con las necesidades fundamentales de su sociedad y de su pueblo*.

LA PSIQUIATRÍA LATINOAMERICANA

Aunque el médico Diego Alcorta sostiene en 1827 ante la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires la primera tesis médica doctoral latinoamericana sobre la locura intitulada "Disertación sobre la manía aguda", basada en el Tratado sobre la manía de Pinel, y el Dr. Carlos Arvelo, Médico Jefe del Ejército Libertador de Simón Bolívar, ya discute los conceptos del mismo Pinel y de Cullen en su *Curso de Patología Interna* publicado en Caracas, en 1839 (Arvelo, 1839), no es sino hasta la segunda mitad del Siglo XIX cuando la moderna psiquiatría latinoamericana comienza a perfilarse como entidad autónoma (Alarcón, 1990). Podría llamarse a esta primera fase, que se prolonga hasta comienzos del Siglo XX, período de subordinación postcolonial que, en el caso de las jóvenes naciones del nuevo mundo latino, se caracterizaba por la superficial ruptura política con el poder colonial, las vicisitudes de una búsqueda sin modelos válidos de desarrollo y la persistencia de un cierto despotismo ilustrado, retórico y profundamente elitista, bajo un barniz de benevolencia social. En el campo de la ciencia, el positivismo novecentista predominaba en un mundo eurocéntrico; en la América Nueva al sur del Río Grande y en su fermento de psiquiatría, tal positivismo (el de la llamada neuropsiquiatría)



servía solo de ropaje a una persistente textura de concepciones religiosas, morales y vagamente sociales de la patología mental (tal vez inspiradas por la caridad y la compasión). En un continente en el que todo estaba por hacerse y por crearse, el europeo Siglo de las Luces alumbraba solo pálidamente los contornos de América Latina. A pesar de esta desventaja histórica, este primer período fue también la oportunidad de pioneros. La incipiente psiquiatría fue desplegando sus instituciones de asistencia y enseñanza por todo el continente. En Buenos Aires se crea el Hospicio de las Mercedes que presiden Meléndez en 1876, y luego su discípulo Cabred, y en los años siguientes las zonas de México, América Central y el Área Andina se integraron a ese movimiento fundacional gracias a la obra de figuras como Navarro en México, Bansen en Costa Rica y Ulloa en Perú. Similar impacto tuvo la acción de Pereira Das Neves en Brasil. En la Argentina la primera cátedra de Enfermedades Mentales se fundó en 1886 y la presidió el Prof. Dr. L. Meléndez; y, en México, la cátedra de Enfermedades Mentales de la Facultad de Medicina de la Escuela Nacional de Medicina fue creada en 1888 y estuvo a cargo del Prof. Dr. M. Alvarado.

El segundo período cubre las primeras tres décadas del Siglo XX. El calco, primero, y la *importación selectiva de ideas*, después, caracterizan a esta etapa; no es ya la pasiva subordinación postcolonial sino el más o menos mediatizado esfuerzo que más tarde iría de la aceptación no crítica al cuestionamiento intenso. El período se inscribe en un mundo que especta atónito una primera Gran Guerra y la declinación de imperios a lo largo de Europa, la etapa de las “generaciones perdidas” en el ámbito intelectual, la ruptura del rígido código victoriano y la emergencia del psicoanálisis en Europa (Fuentes, 1969). La psiquiatría latinoamericana asume con mucho más entusiasmo el papel de recipiente de mensajes tan diversos como el psicoanálisis, la cura cardiazólica y la incipiente nosología de autores franceses e italianos. El cono sur, particularmente la Argentina de Ingenieros y Jakob, y el área andina con nombres como Valdizán, parecen tipificar esta etapa. No cabe duda, sin embargo, que ya a fines de la década del 20 se alzan algunas voces que abogan por un mayor nacionalismo cultural. Y ciertamente la psiquiatría no podía estar ausente.

Entre los años 30 y los años 50, las “verdades” importadas son sometidas a crecientes cuestionamientos desde diversos frentes. Es el período de *decantación y crítica* más bien severa de ideas y tendencias arribadas en el período anterior. Europa vio arrebatado su liderazgo por los Estados Unidos y el mundo presencié las primeras evidencias de la polarización ideológica dramatizada por la llamada Guerra Fría, prolegómeno de una verdadera paz armada. Los grupos sociales en el mundo occidental desarrollado se sacudieron de la apatía de la pre-guerra y se entregaron más tarde a la autocomplacencia de la posguerra. El psicoanálisis alcanzó cimas de insospechada popularidad en América del Norte. Latinoamérica, por su parte, ingresó en una etapa de paradojas: persistente inestabilidad política, neutralizada sin embargo por un cierto grado de bonanza económica que beneficiaba fundamentalmente a grupos privilegiados, pero que permitió también los primeros movimientos migratorios internos a la urbe y hacia su industrialización incipiente. El centralismo adquirió valor, la democracia era aún una alternativa mediatizada y por lo mismo débil, y fue aquí donde el desfase entre lo que ocurría en la psiquiatría de otros entornos y lo que nuestros psiquiatras hacían se tornó más evidente. A la amenaza de predominio de un psicoanálisis empaquetado por la hegemónica



publicidad norteamericana, se opuso con éxito la crítica, a veces despiadada, de un fenomenólogo certero como el peruano Honorio Delgado que abogaba por posturas más bien eclécticas y biologizantes (Delgado, 1969). El psicoanálisis tuvo que seguir siendo un movimiento de estrecha capilla. A la amenaza de un biologismo mitologizador a ultranza, se opuso la vigorosa crítica de uno de los primeros psiquiatras sociales de América Latina, el argentino Gregorio Bermann (1960). Juntos inicialmente (y tal vez por su común aversión al psicoanálisis) en la *Revista Latinoamericana de Psiquiatría* fundada por Bermann en 1951, Delgado y Bermann se separaron poco después debido fundamentalmente a diferencias de orientación y de ideología política. Esto los hace, paradójicamente, representantes indisputados de este período de decantación y crítica. No es exagerado afirmar que su obra refleja rigor en la búsqueda de verdades universales y angustia en el cotejo cotidiano de realidades sociales distintas a las del mundo desarrollado. La búsqueda de la identidad y del camino propio comenzó aquí.

La década de los años 60 inicia el período que llamamos de síntesis -a frase "entrecruzamiento de paradigmas", acuñada por Galli (1985) parece subrayar también este proceso- cuyo desenlace ha de forjar presumiblemente una identidad hoy en ciernes para la psiquiatría latinoamericana. En la escena mundial, el reordenamiento ideológico, las contradicciones sociales y el terrorismo y la represión política han contribuido a crear una atmósfera de creciente incertidumbre. En esta fase, el devenir de la psiquiatría en otras partes del mundo marca la declinación del psicoanálisis en América del Norte, una cierta revitalización del mismo en Europa Occidental, el flirteo de Norteamérica con su versión de la psiquiatría social comunitaria inspirada por la legislación y las esperanzas kennedyanas y el sólido progreso de la investigación biológica evidente en los últimos quince o veinte años. En este curso histórico ancló en América Latina con el mensaje social, el de la "revolución de las expectativas crecientes" y de las promesas no cumplidas de la crítica, dura pero aún académica e intelectual, al "sistema" imperante (amorfo y caótico). La psiquiatría en América Latina pasó, sobre todo en las generaciones jóvenes, a una etapa de politización y compromiso con la salud de las comunidades, a veces marcadamente partidaria, congruente con los vientos que soplaban en el continente, y sufrió el contragolpe de una intensa y cruel lucha político-económico, matizada frecuentemente por el abuso, la violación de los más elementales derechos humanos, el despojo y el terrorismo, que afectó de manera ostensible a un gran número de personas del área. Mientras tanto, el psicoanálisis ha sufrido una vez más el embate de movimientos revisionistas inspirados por Fromm en México y por los psicoanalistas disidentes en Argentina, particularmente en la década de los 70. La investigación epidemiológica ha florecido y con ella el estudio de los fenómenos psicosociales y, mejor, de la perspectiva psicosocial del fenómeno clínico, demasiado real y demasiado dolorosa para aceptar "clichés" psicodinámicos o "letanías" existencialistas. Los avances tecno-biológicos requieren asimilación pero no justifican una identidad en la psiquiatría de nuestra América. La síntesis es dura y difícil y, aún antes de alcanzarse plenamente, es posible pronosticar oscilaciones que reflejarán claramente las paradojas y las ambivalencias de la América Latina de hoy (Alarcón, 2001). Puede postularse también, sin embargo, que por tradición, por temperamento, por circunstancia histórica, por una indispensable vocación de trascendencia y aun por elemental necesidad de sobrevivencia, la psiquiatría latinoamericana elegirá la ruta social para su desarrollo (Mariátegui, 1972).



No es sólo el vigor del cambio en la historia contemporánea de América Latina. No es sólo el redescubrimiento de la misión social de la medicina ni el desfase de otras corrientes contemporáneas de la psiquiatría en el ámbito mundial. Es fundamentalmente la propia psiquiatría latinoamericana la que se viene aprestando a la toma de nuevas posiciones, premonitoras de una definida identidad. El Primero Congreso APAL, celebrado en Caracas en 1961, dio inicio a una sucesión periódica de congresos regionales, el número 27 de los cuales, se celebrará en Buenos Aires en el 2012. La temática de los mismos refleja la acuciosa actitud de búsqueda: folklore psiquiátrico latinoamericano, plantas y drogas psicotrópicas latinoamericanas, estudios epidemiológicos, investigaciones latinoamericanas en ciencias básicas y sociales afines a la psiquiatría, asistencia psiquiátrica comunitaria y enseñanza de la psiquiatría en Latinoamérica. Existe variedad por cierto, pero la tendencia predominante es, a no dudarlo, de corte social. Creemos que la tendencia no es mera obra del azar. En un continente convulsionado, en el que el signo del cambio mueve al reloj de la historia, en el que masas desposeídas adquieren nueva conciencia de su valer y su poder, en el que un mínimo nivel de confort es todavía el privilegio de pocos, en el que el desarrollo tecnológico de la “gran empresa” da lugar al *ensombrecimiento de las nociones de decoro y dignidad, los seres humanos no siempre son estimados como los generadores y beneficiarios del desarrollo del progreso social* (Horwitz, 1963), la psiquiatría —más cercana a la esencia y a la angustia vital del hombre contemporáneo— tiene que ser de carácter social, debe dejar atrás el carácter de psiquiatría de gabinete (individual, fría, enclaustrada, fatalista) y, más aún, el de psiquiatría de asilo (cruel, deshumanizante, mecanicista, confinada). *El cambio social trae consigo nuevas exigencias para resolver problemas de salud mental y mantener la eficacia y capacidad de los seres humanos que constituyen el recurso esencial de cualquier región o nación*, se dijo en la Conferencia de San Antonio, Texas, sobre Salud Mental en las Américas (Consejo Interamericano de Sociedades Psiquiátricas, 1968).

¿Por qué necesita la psiquiatría latinoamericana, a final de cuentas, una identidad? ¿No será nuestra psiquiatría como es la literatura latinoamericana para Octavio Paz (1981): contradictoria, ambigua, excepcionalista e indeterminada? ¿No tendrá en su seno, como en las literaturas, “un diálogo continuo lleno de oposiciones, separaciones, bifurcaciones”? La respuesta no es ciertamente fácil. Pero la psiquiatría no es literatura y, con ser un aspecto de la medicina, no es ni cirugía ni cardiología. Necesita por tanto una identidad porque no puede marchar al margen de la evolución histórica de su continente —cuna. Porque en su joven historia ha bosquejado un proyecto, una imagen de sí misma, una necesidad de ser vista de igual a igual por las otras psiquiátras. Y no en la lucha ideológica, sino en énfasis, prioridades y objetivos. Se requiere tener identidad como tarea ineludible porque enseguida ha de estudiarse y afrontarse los conflictos inevitables de identidad. La psiquiatría latinoamericana requiere una identidad pluralista de énfasis social —con enseñanza e investigación a su altura— porque Latinoamérica es en sí un gigantesco *laboratorio psicosocial* (León, 1972) y porque el continente no quiere ser más el “*inquilino tristón de las orillas*” que canta el bardo popular. La requiere porque existen pacientes psiquiátricos latinoamericanos con problemas propios, diversos y distintos. Porque ellos tienen su singular “orden negociado” en y de la enfermedad, frente al cual el deber del psiquiatra y del trabajador de salud mental del continente es más que profesional, ético y auténticamente existencial.



Tenemos la necesidad de ampliar el horizonte epistemológico (fundamentos de las forma de conocer e interpretar la realidad) que soporta los criterios de objetividad basados en la estructuras manifiestas y estables y en la neutralidad de los sistemas clasificatorios, a fin de dar mejor cuenta de la complejidad de los fenómenos de la mente, el cerebro, la salud y la cultura. El diagnóstico no sólo es proceso técnico científico, sino una relación humana, una interacción entre personas construida histórica y socialmente, en contextos socio culturales concretos. Es precisamente en este espíritu autoreflexivo de una psiquiatría nuestra, llamada a enfrentar lo que nos es propio y a hacerlo con los recursos —de conceptualización y de acción— que también son nuestros, en el que está inspirada esta ***Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico y su versión revisada***. Imperfecta y tentativa, ella contiene nuestra manera de ver nuestros problemas y nuestra convicción por encontrarles la mejor solución en beneficio de la población de la región y más allá de ella. Representa el reto permanente por mejorar nuestros métodos de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud en nuestras poblaciones, y el intento, tal vez audaz pero honesto, de contribuir de una manera afirmativa al desarrollo de una psiquiatría y medicina universales.



*EPIDEMIOLOGÍA
Y SALUD PÚBLICA*



INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales, sociales y del comportamiento son un componente importante de los problemas de salud del mundo, no sólo por su alta prevalencia de vida (20-25%) y su relación con las variables de bienestar y calidad de vida -posiblemente a costa de los más necesitados y vulnerables- sino por el importante impacto en el funcionamiento de la persona y su repercusión en aspectos socioeconómicos, especialmente laborales (Desjarlais, Eisenberg, Good, & Kleinman, 1997). Sin embargo, la salud mental involucra una serie de factores que se interrelacionan entre sí y que involucran aspectos del medio familiar y social, aspectos culturales, problemas vinculados a las relaciones humanas individuales o grupales, patrones de comportamiento, escala de valores y expectativas del individuo y la sociedad que tienen influencia sobre la salud y el bienestar, y aspectos individuales que incluyen elementos biológicos y psicológicos del individuo. Dichos componentes determinan en muchos casos trastornos psiquiátricos y otras situaciones emocionales y psicológicas que, sin ser patológicas, pueden influir negativamente en el bienestar y calidad de vida de la persona, o disminuir su resiliencia, haciéndola más vulnerable a las situaciones potencialmente nosógenas. Latinoamérica es una región de mucho crecimiento, pero también una de las de mayor disparidad socioeconómica del mundo, y en ella persisten condiciones propicias no sólo para incrementar los problemas de salud mental en sectores marginados, sino para incidir en sus posibilidades de acceso a los sistemas de salud y sus posibilidades de superación personal y de desarrollo de un proyecto de vida (Robichaud, Guay, Colin, Pothier & Saucier, 1994).

Los estudios de carga de enfermedad han puesto en relevancia la importancia de los problemas de salud mental en Latinoamérica; en este sentido México y Perú reportaron la depresión unipolar como la primera causa de los años de vida saludable perdidos (AVISA) y, Chile y Colombia, como la segunda (Gómez-Dantés et al., 2011). Según un informe de la Organización Mundial de la Salud, la primera causa de carga de enfermedad en Latinoamérica es la depresión, seguida por la violencia y, en cuarto lugar, el abuso o dependencia del alcohol (WHO, 2008). Por este motivo existe presión para encaminar las investigaciones epidemiológicas al análisis de la carga de enfermedad y sus determinantes, con la intención de identificar y establecer prioridades para los problemas en la región (Barreto et al., 2012). La prevalencia prominente de la violencia en sus distintas expresiones (aparte de la depresión y el alcoholismo) relleva la importancia de prestar atención tanto a las enfermedades como a los problemas sociales relacionados en los sistemas diagnósticos integrales. En este sentido debemos considerar que los análisis según las AVISAs -basados en un modelo diagnóstico médico tradicional y, por ende, solo de trastornos- no toman en consideración las consecuencias sociales extendidas del consumo y tráfico de drogas y situaciones abusivas, por lo que un enfoque más integral dirigido a la persona, sus causas de sufrimientos y necesidades insatisfechas sería más coherente con las necesidades sentidas de la población.



EPIDEMIOLOGÍA, EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y EL DIAGNÓSTICO

La epidemiología y el diagnóstico han devenido tópicos muy importantes para la psiquiatría debido a la significativa interacción para el desarrollo de la especialidad. La aproximación multiaxial del diagnóstico ha influenciado en el enriquecimiento de las herramientas para los estudios epidemiológicos, y los resultados de estos contribuyen al refinamiento de los perfiles diagnósticos (Mezzich & Almeida Filho, 1994). Una de las bases de la epidemiología es la identificación del caso, y en este sentido la psiquiatría ha tenido problemas en definir los trastornos en base al diagnóstico (Stengel, 1959). En las últimas décadas hemos observado un cambio importante en las clasificaciones que han buscado mejorar la identificación de las personas con problemas con el uso de criterios operacionales que han logrado mejorar la fiabilidad del diagnóstico, su consistencia y una mejor comunicación entre los clínicos para efecto de la docencia y la investigación (Klerman, 1984; Loranger, 1990). Sin embargo, también han surgido críticas en torno a estos enfoques del diagnóstico y se sostiene, entre otras cosas, que se ha sacrificado validez por confiabilidad y que esto ha influido negativamente en la actitud de algunos residentes hacia sus pacientes como efecto derivado de una mecanización del diagnóstico y tratamiento (Vaillant, 1984; Reiser, 1988), debido a una pérdida del protagonismo del clínico como ejecutor del diagnóstico, a favor de los manuales y baterías de pruebas psicológicas. Este afronte también habría motivado un descuido en la aproximación fenomenológica y en la búsqueda concienzuda de elementos causales alrededor del cuadro clínico de la persona que lleven a una comprensión de la naturaleza del problema (Andreasen, 2007; McHugh & Slavney, 2012). Esto ha derivado en la emergencia de propuestas diagnósticas más integrales en la búsqueda de enfoques más dirigidos a la comprensión de la persona en búsqueda de ayuda que incluya no sólo la enfermedad en sí sino también su contexto (WPA IGDA Workgroup, 2003). En este sentido, Laín Entralgo (1982) propone que el diagnóstico psiquiátrico es más que identificar enfermedades y distinguir unas enfermedades de otras, y debe involucrar el entendimiento de la condición clínica del paciente en el contexto de sus experiencias laborales, familiares y sociales en el ámbito clínico y en forma interactiva (APAL, Sección de Diagnóstico y Clasificación, 2004). Sin embargo, Philips (2005) ha sostenido que los actuales sistemas clasificatorios sirven al investigador orientado biomédicamente y no va dirigido al clínico quien se focaliza en el paciente como individuo, desde una perspectiva particular de su vida y su personalidad. Este autor agrega que, si la nosología psiquiátrica está dirigida servir como un instrumento de utilidad clínica, debería contener formulaciones que enfatizen las historias individuales, formulaciones psicodinámicas y otros aspectos idiográficos.

Esta perspectiva más amplia de la actividad diagnóstica concibe la atención combinada hacia aspectos positivos y negativos de la salud que conduzcan a esquemas dirigidos nada menos que a un diagnóstico de salud. Esto puede mejorar los prospectos para un cuidado clínico efectivo, de tal forma que las condiciones clínicas puedan ser mejor comprendidas y se ofrecería una base de información que proveería en forma sistemática para el desarrollo de afrontes terapéuticos sociales y psicológicos (Mezzich, 2005). Además, estos modelos más abarcativos facilitarían la implementación de actividades promotoras de la salud como parte de los cuidados clínicos (Schmolke & Lecic-Tosevsky, 2003). La consideración combinada de aspectos



positivos y de enfermedad hace posible anticipar la conducción de investigación empírica rigurosa hacia la formulación de una ciencia del bienestar (Cloninger, 2002) y avanzar a una promoción de la salud a nivel más elevado tanto en el ambiente clínico como en el de la salud pública (Herrman, Saxena & Moodie, 2005). Esto también implica la imprescindible necesidad de incorporar en los planes docentes estos nuevos enfoques integrativos.

Por otro lado, Corin (1990) ha señalado que el lugar de partida ya no se sitúa solamente en el individuo sino en la interacción constante entre la persona y su entorno. Así, la epidemiología ha permitido identificar determinantes biológicos, psicológicos y sociales de salud mental (Comité de la Santé Mentale du Québec, 1985; Perales, 1993). La epidemiología social apoya especialmente la comprensión de la influencia de procesos sociales como la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, el ingreso económico, la clase y la exclusión social (étnica y racial, de género y generacional así como por discapacidad, clase social y sexualidad), el desarrollo del niño, los estilos de vida, las redes sociales y los entornos físicos, entre otros, en la salud de las personas y las poblaciones (Breilh, 2003; Moya, 2004; OPS, 2000). De esta manera, se ha propiciado el desarrollo de la promoción de la salud, la cual lleva a la definición de metas saludables en términos de condiciones de vida, oportunidad de las personas de disfrutar de más años con calidad de vida, la percepción y conciencia de los problemas al igual que de la posibilidad de la participación colectiva en la solución de los mismos.

Esta perspectiva de la salud más personalizada ha sido considerada fundamental para un cuidado médico efectivo (Little et al., 2001; Stewart, 2001). Por lo tanto involucra un diagnóstico centrado en la persona, dirigido a integrar hechos y valores en el contexto de la realidad social y psicológica del paciente (Tauber, 2005). Un cambio epistemológico de esta naturaleza tendría un impacto en la manera como conceptualizamos la atención de salud y la salud pública y cómo medimos los problemas de salud epidemiológicamente, no solo dirigida a la enfermedad sino a la consideración de todo el contexto de la persona. Los temas que en la literatura se han asociado con esta aproximación dirigida a la persona son aspectos de individualidad y valores, alianza terapéutica, atención a los contextos y relaciones sociales, la integración de la salud y el bienestar, la activa participación de la persona y responsabilidad en la formulación del plan terapéutico, comunicación sensible, autonomía e involucramiento del profesional como persona (Hughes, Bamford & May, 2008). En este sentido, se está desarrollando modelos diagnósticos integrativos centrados en la persona (Mezzich & Salloum, 2007). Estas propuestas involucran la ampliación del diagnóstico del paciente para comprender el estado de la salud total de la persona que se presenta para ser evaluada cubriendo no sólo la enfermedad sino también la salud positiva, así como factores de riesgo y protectores y la experiencia de salud.

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EL DIAGNÓSTICO INTEGRAL

La salud positiva es uno de los principales componentes de la aproximación centrada en la persona y ha sido definida como el espacio entre la patología o enfermedad y la totalidad de la salud (Mezzich, 2005). Esta dimensión de la salud ha sido vinculada



al funcionamiento adaptativo, factores ambientales y personales contextuales a los problemas clínicos, recursos personales, soporte social y emocional y calidad de vida. Asimismo, se ha relacionado con satisfacción con la vida, sentimientos de felicidad, sensación subjetiva de bienestar, sentido de control personal, resiliencia, sentido de coherencia y optimismo (Korkeila, 2000). Estos factores integrados al diagnóstico generan una nueva dimensión a la epidemiología con connotaciones importantes de bienestar que fortalecerán el ámbito de la promoción y de la prevención a un nivel más elevado tanto en el ambiente clínico como en la salud pública. Estos afrontes que enfatizan el contexto de la persona son convenientes a la realidad latinoamericana y a su multiculturalidad. Aún subsisten en Latinoamérica problemas psicosociales graves como la pobreza, que generan condiciones que no sólo favorecen la presencia de trastornos mentales, sino que entorpecen sus posibilidades de acceso al cuidado médico (Salganicoff & Wyn, 1999).

En este sentido se propone que el desarrollo de la epidemiología general se amplíe para cubrir tanto la salud negativa o problemas de salud, como la salud positiva. Se propone también que el estudio de la magnitud, distribución, causalidad, y dinámica de las enfermedades se dirija hacia una epidemiología de la salud que incluya no sólo la enfermedad como objeto de estudio sino también la salud en su concepto más amplio, el cual involucra el bienestar y calidad de vida. En el caso de la epidemiología en salud mental, ésta no sólo debe buscar factores de riesgo, protección y etiología de los trastornos mentales, sino también los factores promotores e inhibidores de aspectos positivos de la salud mental. Esto llevaría implícito el desarrollo de nuevos modelos de intervención y evaluación de las condiciones de salud. Bajo esta perspectiva, los propósitos de la epidemiología psiquiátrica y de salud mental los podríamos resumir en los siguientes aspectos: a) magnitud y distribución de los principales problemas de salud mental; b) búsqueda de la causalidad o modelos causales de los problemas de salud mental; c) búsqueda de la dinámica y los mecanismos para el desarrollo de los problemas de salud, como factores de riesgo y protectores, la historia natural y pronóstico, modelos predictivos; d) búsqueda de la dinámica y los mecanismos para el desarrollo de una adecuada salud mental o salud positiva; e) desarrollo de modelos de diagnóstico e intervención integrales, con participación activa y utilización de los recursos personales y comunitarios en el área de la salud mental en general; f) evaluación de las intervenciones de salud pública; g) análisis de eficiencia, eficacia y efectividad de los procedimientos clínicos.

HALLAZGOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LATINOAMÉRICA

Los trastornos mentales, sociales y del comportamiento son una parte importante de los problemas de salud. Se calcula que, en algún momento de la vida, aproximadamente alrededor de una cuarta parte de toda la población será afectada por algún trastorno mental o del comportamiento y un número aún mayor sufrirá un deterioro en su calidad de vida, no calificable dentro de un diagnóstico categorial. El informe de la OMS sobre salud en el mundo sugiere que 450 millones de personas en el mundo padecen de trastornos mentales o neurológicos, siendo la depresión grave la causa principal de discapacidad. Asimismo, ésta sería en 20 años la segunda de las diez primeras causas principales de morbilidad a nivel mundial (hoy ocupa la cuarta)



seguida sólo por la enfermedad isquémica cardiaca. Cada año se suicida un millón de personas y entre 10 y 20 millones intentan hacerlo. Además, en el planeta habría 70 millones de personas dependientes del alcohol (WHO, 2001). Hay evidencia que la carga asociada a los trastornos psiquiátricos, como la depresión y los trastornos de ansiedad, es similar en todas las culturas (Ustun & Sartorius, 1995). Esta carga ha sido pronosticada aún mayor para los países en desarrollo como Latinoamérica donde se pronostica a la depresión mayor como la primera causa de incapacidad para el año 2020 (Murray & López, 1997a; Murray & López, 1997b).

La importancia del diagnóstico y de la clasificación se pone en evidencia cuando se realizan investigaciones epidemiológicas para establecer un aproximado de los problemas y de las supuestas necesidades de locación de recursos. Los estudios de prevalencia de trastornos mentales en Latinoamérica no han sido muy frecuentes y han utilizado diversas metodologías. Kohn y colaboradores (2005) realizaron una búsqueda bibliográfica de estudios comunitarios latinoamericanos de trastornos mentales realizados entre 1980 y el 2004 en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y Puerto Rico. Estos autores encontraron que la prevalencia estimada de psicosis no afectivas en el año precedente fue de 1.0%; la depresión mayor, de 4.9% y, el abuso o la dependencia de alcohol, de 5.7%. Con respecto a la brecha de atención, fue de una tercera parte para las personas afectadas por psicosis no afectivas, más del 50% para aquellas afectadas por trastornos de ansiedad y cerca del 75% para las personas con abuso o dependencia del alcohol. Un estudio epidemiológico posterior realizado en dos distritos de Sao Paulo encontró una prevalencia de vida y de 12 meses de trastornos mentales de 45.9% y 26.8% respectivamente; de trastornos del humor, de 18.5 y 7.6% respectivamente; de trastornos de ansiedad, de 12.5% y 7.7% respectivamente y, de abuso o dependencia del alcohol, de 5.5% y 4.5% respectivamente (Andrade, Walters, Gentil & Laurenti, 2002). Sólo el 13.0 % de los casos con problemas psiquiátricos buscaron ayuda en el último mes.

La Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS encontró una amplia diversidad en el porcentaje de prevalencia de trastornos mentales en el mundo: desde una prevalencia anual de 4.3% en Shangai hasta 26.4% en los Estados Unidos (The WHO World Mental Survey Consortium, 2004). Este estudio reportó la prevalencia anual en dos países latinoamericanos, Colombia y México. La prevalencia anual de cualquier trastorno fue de 17.8% y 12.2% respectivamente, siendo más frecuentes los trastornos de ansiedad seguidos por los trastornos del humor. La proporción de respondedores que recibió atención por problemas emocionales o uso de sustancias en los últimos 12 meses también fue muy diversa, desde 0.8% en Nigeria a 15.3% en los Estados Unidos. En Colombia y México se encontró en 5.0% y 4.2% respectivamente. En Chile, Vicente y colaboradores (2006) reportaron una prevalencia de vida y una prevalencia anual de cualquier trastorno de 31.5% y 22.2% respectivamente. En este estudio la prevalencia de vida y anual de cualquier trastorno afectivo fue de 15.0% y 9.3% respectivamente; de los trastornos de ansiedad, de 16.2% y 9.9% respectivamente y, de abuso o dependencia del alcohol, de 10.0% y 7.0% respectivamente. Las personas con trastornos mentales que recibieron atención en los últimos 12 meses fueron del 38.5%.

En el Perú, un estudio realizado en la ciudad de Lima en el año 2002, en una muestra de 2077 personas adultas, encontró una prevalencia actual y una prevalencia de vida



de cualquier trastorno psiquiátrico de 23.5% y 37.3% respectivamente. Correspondió una prevalencia de vida de 18.2% al episodio depresivo moderado a severo, 9.9% al trastorno de ansiedad generalizada, 7.9% a la fobia social, 6.0% al trastorno de estrés postraumático, 3.7% al trastorno de pánico, 3.4% a la agorafobia sin trastorno de pánico, 1.6% al trastorno obsesivo-compulsivo, 1.2% a la distimia, 1.1% a la agorafobia con trastorno de pánico, 1.0% a los trastornos psicóticos, 0.1% al trastorno bipolar (Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi", 2002). Con respecto al abuso o dependencia del alcohol este estudio encontró una prevalencia anual del 5.3%. Replicaciones de este estudio en otras regiones geográficas del país evidenciaron distribuciones diferentes a las de la ciudad capital. Las prevalencias anuales de alcoholismo eran mayores al interior del país con un 10.5% en la sierra y 8.8% en la selva (Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi", 2003; Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi", 2005). Asimismo, se evidenció una disminución de los trastornos de ansiedad en el interior del país en comparación a los hallazgos de la ciudad de Lima (Instituto Nacional de Salud Mental, 2007), salvo en los lugares donde prevaleció la violencia política en la década de los años 80 y 90, como en la ciudad de Ayacucho (Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi", 2004).

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL EN LATINOAMÉRICA

Las políticas económicas neoliberales de la última década del siglo XX impuestas en casi todo el continente promovieron el aumento de las desigualdades sociales, expresadas en inequidad de ingresos, de control de recursos y bienes, de acceso al crédito, de capacidad funcional (salud, educación y nutrición) y de acceso a servicios (Casas, Dachs & Bambas, 2001), y estos fenómenos aún mantienen sus efectos en la actualidad a pesar de los esfuerzos en muchos países por corregirlos. Las reformas del sector salud han devenido en orientaciones neoliberales que enfatizan aspectos de gestión, mercadeo y reducción de la participación del Estado en los servicios sociales de salud pública (Barrientos, 2007). El concepto de equidad en salud implica que cada persona debe tener justas e iguales oportunidades de acceder a sus potenciales de salud, incluyendo a sus medios o instrumentos. La equidad se inscribe dentro del marco de la justicia social y de la necesidad de aplicar políticas sociales que reduzcan las disparidades (OPS-CEPAL, 1997). Si bien la búsqueda de equidad en el acceso a cuidados de salud ha sido el objetivo central de muchos sistemas de salud, incluido el nuestro, relativamente escasos avances latinoamericanos se han realizado en el marco de la salud mental (Alleyn, 1996; Perales, Sogí, Sánchez & Salas, 1995). Nos encontramos lamentablemente en un ambiente socioeconómico y político propicio no sólo para incrementar los problemas de salud mental en sectores marginados, sino para incidir negativamente en sus posibilidades de acceso (Robichaud et al., 1994). Este estatus socioeconómico crea las condiciones de vivienda inadecuadas, hacinamiento, desempleo o empleo inadecuado, condiciones que son perjudiciales para la salud mental y que fácilmente puede traducirse en estrés, ansiedad, depresión y desesperación (Desjarlais et al., 1997).

El cuidado de la salud mental está sufriendo cambios notables en las últimas décadas, acelerado por los avances en distintas líneas y en particular la farmacológica. Estos avances se han vuelto muy diversos y por la tanto la demanda de recursos varía entre



pacientes (Hirdes et al., 2002). Algunos autores sostienen que el foco del sistema de cuidados de atención de salud en el siglo 21 debe estar centrado en la persona, de tal manera que -independientemente del ingreso económico, lugar de residencia o del color de la piel- el paciente pueda recibir cuidados médicos seguros y de la más alta calidad (Frist, 2005). Esto es particularmente importante en países del tercer mundo donde la monopolización de los recursos públicos para la prestación de salud en los servicios de salud del Estado pudiera generar una falta de estímulos competitivos para un servicio más eficiente y sensible a las necesidades de los usuarios (WHO, 2001). En este sentido, un informe del Mental Disability Rights International (2004) (MDRI) y la Asociación Pro Derechos Humanos (APRODEH) da cuenta de la discriminación en la provisión de los servicios sociales y de salud mental y en especial de la carencia de un programa de integración comunitaria por parte del Estado como parte de estos servicios.

El Proyecto Atlas 2011 (WHO, 2011), una base de datos de la OMS del Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias, demuestra en el 2011 que el 41.2% de los 184 países que respondieron a la encuesta carece de una política nacional de salud mental; demuestra también que, las regiones de la OMS, África, las Américas y la región del Pacífico Occidental muestran los porcentajes más bajos. Asimismo, en las Américas se reporta el menor porcentaje de países con un plan de salud mental (65.6%) en contraste con Europa (80.8%). Los regiones del sudeste asiático (40.0%), de África (44.4%) y las Américas (56.3%) tienen el menor porcentaje de países con legislación vinculada a la salud mental. Con relación al número de establecimientos ambulatorios de salud mental por 100,000 habitantes, la tasa para las Américas se encuentra en un 0.82, cifra que contrasta con 1.47 en los países europeos. La tasa mediana de camas psiquiátricas en las Américas en del 1.3 por 100,000 habitantes, mucho menor a la europea del 10.5. Con relación a los recursos humanos para salud mental, la tasa mediana de psiquiatras y psicólogos en la región de las Américas es del 0.06 y 0.31 por 100,000 habitantes respectivamente frente a 0.36 y 3.33 de la región europea.

La comparación entre el Proyecto Atlas 2005 (WHO, 2005) y Atlas 2011 reveló que existe una disminución de las políticas, planes de salud mental y recursos humanos en las Américas en comparación con los países europeos. Lamentablemente los presupuestos de las políticas de salud en muchos países como Ecuador, Perú, Bolivia y Colombia están muy lejos de alcanzar los estándares de los países desarrollados y, por ende, los presupuestos dedicados a la salud mental son también bajos.

Por otro lado, en algunos países de la Región se han producido nuevas legislaciones que no han logrado el producto esperado, demostrando un alto grado de dificultad en su implementación, y resultando al fin no resolutivas las cada vez más crecientes demandas en el área de la salud mental. Por ello se requieren en Latinoamérica renovados esfuerzos hacia la implementación consensuada de promisoras políticas sobre salud mental.

LA BRECHA DE LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL EN LATINOAMÉRICA

Para la OMS, "la equidad en salud implica que en un mundo ideal todos deben tener la oportunidad justa de lograr todo su potencial de salud, y, en términos más



pragmáticos, que nadie debe estar en desventaja para lograr este potencial". José Miguel Caldas de Almeida, coordinador del programa de Salud Mental de la OPS, sostiene que "las políticas públicas son quizás más importantes en salud mental que en otros sectores, porque en salud mental tenemos que recuperarnos de un atraso de años y además está el estigma contra el que nos enfrentamos" (Epstein, 2001). Se ha estimado que la brecha terapéutica en Latinoamérica es muy amplia e iría desde 32.2% para las psicosis hasta 78.1% para el abuso o dependencia al alcohol, lo que ha motivado a la OMS a emitir una serie de recomendaciones destinada a reducirla (Kohn, Saxena, Levav & Saraceno, 2004).

Un estudio realizado en la ciudad de Lima (Perú) encontró, con relación al acceso a servicios de personas con problemas de salud mental, que menos de una cuarta parte de las personas con problemas de salud mental reconocidos por ellas mismas llega a hacer contacto con el sistema de salud, a pesar que una cantidad dos veces mayor opinaba que sí necesitaron o hubiesen necesitado la atención (Saavedra, 2006). Este hallazgo corresponde al 4.1% de la población limeña, la cual es similar a la reportada para México (4.2% a 12 meses) y para Colombia (5.0% a 12 meses) (The WHO World Mental Survey Consortium, 2004). Los resultados epidemiológicos en Chile de los años 1992-1999 son muy superiores a los encontrados en las muestra latinoamericanas: 20.1% de la población utilizó servicios de salud mental en los últimos 6 meses (Saldivia, Vicente, Kohn, Rioseco & Torres, 2004), siendo la prevalencia a 6 meses de trastornos psiquiátricos de 19.7% (Vicente et al., 2006). Comparativamente los estudios realizados en los EE.UU. encontraron que en el año anterior un 15.3% de la población utilizó servicios de salud para problemas de salud mental (con trastorno psiquiátrico o no) (The WHO World Mental Survey Consortium, 2004). Aunque no se descartan diferencias de tipo metodológico, ello pone en evidencia la brecha en relación al acceso a servicios existentes entre los países desarrollados y en desarrollo.

Tanto los estudios peruanos como los chilenos no han corroborado la creencia popular que muchas personas acudirían a solucionar sus problemas de salud mental apelando a recursos alternativos al sistema de salud, como la Iglesia o los curanderos, y más bien son utilizados muy inusualmente, por lo menos en las áreas urbanas (Saavedra, 2006; Saldivia et al., 2004). Entre la diversidad de motivos esgrimidos en estos estudios, el principal señalado ha sido que "debían superarlo solos" o creer que el problema se supera por sí mismo. Otros de los problemas de acceso tienen que ver con problemas de tiempo y falta de confianza en los proveedores de servicios de salud (Saldivia et al., 2004). Estos motivos también son mencionados no solo en Latinoamérica sino en otros lugares del mundo (Rabinowitz, Gross & Feldman, 1999).

Sin embargo, nuevamente debemos considerar que la brecha de la atención de salud mental tiene un enfoque médico asistencial que no toma en cuenta otras necesidades de salud mental más relacionadas con la calidad de vida y el bienestar de las personas, más vinculadas con la promoción y la prevención en salud mental. Desde esta perspectiva el desarrollo de una epidemiología de bases más integrales de la persona podría ayudar en definir mejor la definición de la brecha en el sentido más amplio de la salud mental.



PERSPECTIVAS FUTURAS

La GLADP-VR busca que la experiencia latinoamericana enriquezca las estrategias de abordaje de la persona que se presenta a la atención en la búsqueda de solucionar sus problemas emocionales, tomando en consideración su circunstancia y la valoración que la persona otorga a ello. Este enfoque involucra una aproximación integral que se refleje en la formulación diagnóstica y que además brinde información que ayude a develar los mecanismos involucrados en el desarrollo de una salud mental negativa y positiva y que signifique un avance hacia una epidemiología más integral y más cercana a aspectos preventivos y promocionales.

El modelo promocionado por la GLADP-VR aspira a devenir en un sistema útil para la participación en el diagnóstico y abordaje de situaciones de salud, tanto por el personal profesional e instituciones oficiales, como por los multiplicadores de sus acciones, las personas, la comunidad en general y sus líderes informales. De esta manera se espera que se logre la formación de profesionales y colaboradores idóneos para la ejecución de acciones de salud y un aprovechamiento eficiente de los recursos disponibles.



*EVALUACIÓN Y
FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA Y
PLAN DE ATENCIÓN CLÍNICA*

Y PLAN DE ATENCIÓN CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

Tanto en la versión original de la GLADP cuanto en esta versión revisada, la evaluación diagnóstica va mucho más allá de una simple taxonomía de trastornos mentales. En efecto, un aspecto fundamental del diagnóstico en psiquiatría y medicina general es el proceso de evaluación del paciente y la arquitectura del modelo diagnóstico que sumariza organizadamente la información obtenida para optimizar la atención al paciente. En esto cabe recordar, como afirma Laín Entralgo (1982), que el diagnóstico es más que identificar enfermedades (diagnóstico nosológico) o distinguir unas enfermedades de otras (diagnóstico diferencial); el diagnóstico es también entender cabalmente lo que pasa en la mente y el cuerpo de la persona que busca atención clínica. A esto se puede añadir atención a su contexto social, incluyendo el modo particular como se manifiesta y se vivencia una enfermedad en cada paciente, cómo afecta ésta sus relaciones laborales, familiares y sociales, y cómo impacta su calidad de vida.

El proceso diagnóstico debe encuadrarse dentro de las condiciones en que el clínico opera y dentro del contexto sociocultural del paciente. Debe recordarse que el diagnóstico es un proceso fundamentalmente clínico, el cual puede ser complementado por otros procedimientos adicionales, dependiendo de los recursos técnicos disponibles. De acuerdo con Miranda Sá (1984), el diagnóstico psicopatológico tiene entre sus objetivos y funciones el de constituir una categoría para el conocimiento y un instrumento de comunicación, el de posibilitar una previsión (carácter pronóstico) y el de servir de fundamento para una actividad (función social del diagnóstico).

Las propuestas y recomendaciones aquí presentadas respecto de la evaluación del paciente y el modelo diagnóstico se basan en recientes avances en el ámbito latinoamericano y mundial. Los avances mundiales incluyen la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (World Health Organization [WHO], 1992a, b), el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 4ta Edición (DSM-IV) (American Psychiatric Association [APA], 1994), la Segunda Edición Revisada de la Clasificación China de Enfermedades Mentales (Chinese Medical Association, 1995), las Pautas Internacionales para la Evaluación Diagnóstica, publicadas por la Asociación Mundial de Psiquiatría (Mezzich et al., 2003), y el volumen sobre retos y perspectivas recientes en el diagnóstico psiquiátrico (Salloum & Mezzich, 2009). Entre las referencias latinoamericanas, se incluye el modelo de diagnóstico triaxial de Leme Lopes (1954), el modelo octogonal de Ramírez (1989), el Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (Otero, 2000), y la versión original de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (Otero, Saavedra, Mezzich & Salloum, 2011).



PROCESO DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

El proceso de evaluación clínica está dirigido a obtener la información necesaria para hacer una formulación diagnóstica integral. Este proceso debe estar organizado competentemente para obtener información confiable y válida y debe ser conducido en un clima de respeto a la persona evaluada y con intención terapéutica. La evaluación diagnóstica, más que un ejercicio puramente taxonómico, representa el primer paso del proceso de atención clínica cuyo objetivo fundamental es la restauración y promoción de la salud del individuo y el enriquecimiento de su calidad de su vida.

Los pasos claves del proceso de una evaluación diagnóstica integral, de acuerdo a las Pautas Internacionales de Evaluación Diagnóstica de la Asociación Mundial de Psiquiatría (Mezzich et al., 2003) incluyen los siguientes:

1 ENTREVISTA DEL PACIENTE

El proceso de la entrevista debe incluir una fase preparatoria que asegure un ambiente sereno y razonablemente cómodo donde el paciente y sus familiares sean recibidos cordial y respetuosamente.

El cuerpo de la entrevista debe cubrir de una manera efectiva, fluida y considerada las diferentes áreas de información pertinentes a la preparación de una formulación diagnóstica integral y de un plan inicial de tratamiento. Debe enfatizarse en este proceso la importancia de escuchar cuidadosamente al paciente y del establecimiento de una relación clínico-paciente estrecha y terapéutica. Esta fase debería concluir con la formulación, conjuntamente entendida, de un diagnóstico integral inicial o un plan para completar esto posteriormente, así como en un acuerdo sobre cuáles serán los siguientes pasos.

La fase de cierre de la entrevista debe incluir una despedida cordial conectada a futuras visitas o actividades clínicas. En general, pero particularmente en Latinoamérica, cualquiera que sea la situación socioeconómica del paciente y dada la idiosincrasia de la población en esta región, es importante conducirse con el paciente de una manera respetuosa, cortés, cálida y confidencial.

2 UTILIZACIÓN DE FUENTES ADICIONALES DE INFORMACIÓN

Estas fuentes pueden incluir familiares y otras personas significativas, tales como empleados de atención personal, maestros de escuela y trabajadores sociales, que hayan referido o conozcan al paciente. La información proveniente de estas fuentes puede ser obtenida cara a cara, telefónicamente, o a través de documentos. De ser posible debe obtenerse el permiso del paciente antes de entrevistar o contactar estas fuentes adicionales de información. En el caso de niños, es importante considerar también a los pares (amigos) como fuente adicional de información. En Latinoamérica, es crucial incorporar a la familia, incluyendo a la nuclear y a la extendida, en todo el proceso de atención clínica, comenzando por la evaluación diagnóstica.



3 EVALUACIÓN SINTOMATOLÓGICA DE LA PSICOPATOLOGÍA

Esta evaluación está dirigida a determinar sistemáticamente la presencia y severidad de alteraciones psicopatológicas, tanto síntomas anamnésicamente explorados, como signos observables. Estas alteraciones usualmente se agrupan en las siguientes áreas: sensorio, orientación y funciones cognitivas, ánimo y afecto, percepción, proceso y contenido del pensamiento, y aspectos conativos y conductuales. En Latinoamérica, así como en otras sociedades tradicionales, es importante prestar atención a las manifestaciones somáticas de los síndromes mentales.

4 EVALUACIONES BIO-PSICO-SOCIALES COMPLEMENTARIAS

Estas incluyen pesquisas detalladas, frecuentemente utilizando protocolos o instrumentos específicos, que complementan el examen básico psicopatológico, de acuerdo a las necesidades percibidas en cada caso y a los recursos disponibles. Es importante asegurar que los procedimientos utilizados hayan sido validados localmente, particularmente cuando estos provengan de otras latitudes o culturas.

5 FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL

Se recomienda que esta fase organizativa y sintetizadora de la información obtenida se cumpla de acuerdo a un modelo diagnóstico comprensivo centrado en la persona. Este modelo y su formulación se presentan en secciones subsiguientes.

6 ARTICULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO CON EL PLAN DE ATENCIÓN CLÍNICA

La información contenida en los diferentes acápites de la formulación diagnóstica integral debe organizarse en una lista de problemas como objetivos de tratamiento y en aspectos positivos del paciente. En correspondencia a todo esto, debe formularse una serie apropiada de intervenciones clínicas, especificando modalidades diagnósticas, terapéuticas, y de promoción de la salud pertinentes e identificando a los profesionales responsables.

7 ORGANIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

La documentación de las diferentes fases de la evaluación diagnóstica, en particular, y del proceso de la atención clínica, en general, deben presentarse de una manera organizada y clara. Es útil que la historia clínica, en la medida de lo posible, incluya componentes estructurados y semi-estructurados que faciliten que elementos claves sean sistemáticamente cubiertos, así como espacios narrativos para acomodar flexiblemente descripciones personalizadas.

MODELOS DIAGNÓSTICOS MULTIAXIALES E INTEGRALES

El objetivo básico de diseñar y utilizar un modelo diagnóstico integral es cumplir con eficiencia y cabalidad los múltiples propósitos y aplicaciones del diagnóstico en psiquiatría y medicina general. El propósito principal del diagnóstico es servir de base



para una atención clínica efectiva, ética y responsable. Propósitos complementarios incluyen comunicación inter-profesional y con el paciente, entrenamiento profesional, planeamiento de servicios, e investigación clínica y epidemiológica. En general, se percibe crecientemente la necesidad de que el diagnóstico facilite compartir y utilizar información estandarizada pertinente a la selección de métodos terapéuticos así como a consignar aspectos idiográficos o personalizados que ayuden a refinar el plan terapéutico y facilitar la participación en él del paciente y su familia.

1 ANTECEDENTES MUNDIALES Y LATINOAMERICANOS

Los modelos diagnósticos comprehensivos o integrales, que -como recomendara Laín Entralgo (1982), van mas allá de la identificación de una o más enfermedades, para describir eficientemente la condición clínica del paciente- predominantemente han tomado la forma de formulaciones multiaxiales y más recientemente integrales. Con tales modelos se pretende describir mucho de la condición del paciente a través de una serie de aspectos o ejes altamente informativos, evaluados sistemáticamente con tipologías, dimensiones y narrativas.

Los primeros modelos multiaxiales a escala mundial fueron aquellos diseñados por Essen-Möller y Wohlfahrt (1947) en Suecia, Lecomte (1947) en Francia, Bilikiewicz (1951) en Polonia y Leme Lopes (1954) en Brasil. Tras una veintena de esquemas publicados (revisados por Mezzich, 1979), el modelo diagnóstico multiaxial ha emergido como una de las características metodológicas principales de los sistemas diagnósticos modernos. Entre estos se encuentran los de mayor visibilidad actual, como los incluidos en la CIE-10 (World Health Organization [WHO], 1997) y el DSM-IV (APA, 1994), como se muestra en el Cuadro 1. Puede apreciarse que, aunque estos tienen diferente número de ejes, existe una considerable correspondencia entre sus contenidos. El eje I (Diagnósticos clínicos) de la CIE-10 abarca el contenido de los tres primeros ejes del DSM-IV. El eje II de la CIE-10 evalúa el área de las discapacidades, divididas en cuatro aspectos (cuidado personal, ocupacional, con la familia, y social en general), y corresponde al unidimensional eje V del DSM-IV. Finalmente, el Eje III (Factores contextuales) de la CIE-10 se corresponde fundamentalmente con el Eje IV del DSM-IV.

Cuadro 1: Sistemas Multiaxiales Internacionales

CIE-10 (WHO, 1997)	DSM-IV (APA, 1994)
I. Diagnósticos clínicos	I. Trastornos mentales y otras condiciones II. Trastornos de personalidad y retraso mental III. Trastornos medico-generales
II. Discapacidades	IV. Problemas psicosociales-ambientales
III. Factores contextuales	V. Evaluación global del funcionamiento

El Cuadro 2 exhibe tres sistemas multiaxiales latinoamericanos: aquellos diseñados por Leme Lopes (1954) en Brasil, Ramírez (1989) en Puerto Rico, y los arquitectos del Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (Otero, 2000). Es de notar que estos esquemas, por un lado, incluyen ejes reconocibles en los sistemas diagnósticos de



amplia visibilidad internacional (como la CIE-10 y el DSM-IV) y, por otro, ejes menos estructurados que contienen elementos informativos adicionales, no sólo patológicos, sino también aspectos positivos de la salud, incluyendo los recursos con que se cuentan para el tratamiento. El contenido de estos últimos ejes se puede considerar relevante para una formulación idiográfica o personalizada.

Cuadro 2: Sistemas Multiaxiales Latinoamericanos

Leme-Lopes (1954) (Brasil)	Ramírez (1989) (Puerto Rico)	GC – 3 (Otero Ojeda, 2000) (Cuba)
I. Síndromes Psicopatológicos	I. Diagnóstico Psiquiátrico (DSM-III AXIS I)	I. Diagnósticos Clínicos
*II. Personalidad Pre - Mórbida	II. Diagnóstico Psicológico (DSM-III AXIS II)	II. Minusvalías
III. Constelación Etiológica	III. Diagnóstico Médico (DSM-III AXIS III)	III. Factores Ambientales y Personales Adversos
	IV. Estresores Sociales (DSM-III AXIS IV)	*IV. Otros factores Ambientales y Personales
	V. Adaptación General (DSM-III AXIS V)	*V. Mecanismos Inadaptativos
	*VI. Habilidades & Talentos (vg, Intelectual, Artístico)	*VI. Otras Información Signif. (Tests, Resp. Terapéutica)
	*VII. Espiritualidad	
	*VIII. Madurez Caracterológica (vg, Iniciativa, Solidaridad)	

*Estos ejes incluyen elementos idiográficos o personalizados

2 DESARROLLOS METODOLÓGICOS PERTINENTES AL MODELO DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE LA IGDA Y LA VERSIÓN ORIGINAL DE LA GLADP

El modelo diagnóstico de la IGDA y la GLADP original abarca tanto una formulación multiaxial estandarizada así como un componente diagnóstico complementario, idiográfico y personalizado.

Uno de los estímulos genéricos para la conceptualización idiográfica fue el diseño y publicación en el DSM-IV de una Formulación Cultural como complemento narrativo a la formulación diagnóstica estándar (Mezzich, Kleinman, Fábrega & Parron, 1996; Mezzich & Good, 1997). El Cuadro 3 exhibe los elementos de esta Formulación Cultural, que intenta describir el marco cultural de la identidad del paciente, de la experiencia de enfermedad, del significado de sus contextos y de la relación clínico-paciente. Esta Formulación Cultural no corresponde a todos los aspectos pertinentes de un componente idiográfico completo para un diagnóstico integral, pero demuestra la posibilidad de complementar un diagnóstico estándar con una formulación narrativa.



Cuadro 3: Formulación Cultural para el DSM - IV (Mezzich, Kleinman, Fábrega & Parrón, 1996)

A. Identidad Cultural.
B. Explicaciones Culturales de la Enfermedad.
C. Elementos Culturales del Contexto Social.
D. Elementos Interculturales en la Relación Clínico-Individuo.
E. Sumario Cultural para el Diagnóstico y la Atención Clínica.

La principal contribución a la conceptualización de un modelo diagnóstico integral con un componente estandarizado y otro idiográfico está contenida en las Pautas Internacionales para la Evaluación Diagnóstica (en inglés IGDA), desarrollado por la Asociación Mundial de Psiquiatría (Mezzich, Berganza, von Cranach, Jorge et al., 1999). La estructura de este modelo diagnóstico se presenta a continuación, comenzando con su componente multiaxial estandarizado:

- Eje I: Trastornos clínicos. Estos incluyen tanto trastornos mentales como médico-generales, formulados en secciones separadas o en una sola, especificados y codificados de acuerdo a la CIE-10 (WHO, 1992a).
- Eje II: Discapacidades. Estas se evalúan dimensionalmente en cuatro áreas separadas (cuidado personal, ocupacional, con la familia y social en general) de acuerdo a una combinación de la intensidad y frecuencia de su presencia reciente, como se especifica en la Presentación Multiaxial de la CIE-10 (WHO, 1997).
- Eje III: Factores Contextuales. Estos incluyen, principalmente, problemas psicosociales o ambientales que sean pertinentes a la presentación, curso o tratamiento de los trastornos del paciente o que sean objetos de tratamiento clínico. Se pueden denotar con los códigos Z de la CIE-10 (WHO, 1992a).
- Eje IV: Calidad de Vida. Este es un eje no contemplado en la Presentación Multiaxial de la CIE-10 (de la cual provienen los tres primeros ejes) y que ha emergido en años recientes como un área importante para describir el estado de salud de una persona y como índice del resultado de tratamiento. Se acepta ampliamente que su evaluación debe basarse principalmente en la percepción de la persona involucrada sobre el nivel de su bienestar físico y emocional, su funcionamiento, sus apoyos sociales y la satisfacción de sus aspiraciones personales y espirituales. Se puede medir en forma global directa (por ejemplo, en un continuo de *pésima* a *excelente*) o a través de instrumentos multidimensionales apropiados tales como el Instrumento de Calidad de Vida de la WHO (Orley & Kuyken, 1994) y el Índice Multicultural de Calidad de Vida (Mezzich et al., 2000).

El componente idiográfico del modelo diagnóstico de las Pautas Internacionales de Evaluación Diagnóstica (IGDA) incluye tres elementos:

- Perspectivas del clínico: Este representa un esfuerzo sintetizador de los



problemas del paciente, desde perspectivas biológicas, psicológicas y sociales, así como la integración de éstas.

- **Perspectivas del paciente y su familia:** Este elemento representa una oportunidad para el paciente (y su familia) de presentar sus puntos de vista como desea que se escuchen con respecto a sus enfermedades y problemas, el desarrollo y estado actual de su salud y calidad de vida, y sus expectativas sobre el tratamiento.
- **Integración de las perspectivas del clínico con las del paciente y su familia:** Esta integración está predicada por el establecimiento de un *rapport* estrecho y considerado entre los participantes, con vistas a obtener un entendimiento plenamente compartido entre ellos sobre la condición clínica, el plan de tratamiento y la evaluación de sus resultados a lo largo del tiempo.

Se planteó para el modelo diagnóstico integral de la versión original de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) el utilizar el modelo IGDA arriba expuesto como referencia y punto de partida. El Cuadro 4 presenta la estructura propuesta para el esquema GLADP original, y su comparación con los modelos integrales (multiaxiales) latinoamericanos desplegados en el Cuadro 2. Se aprecia que los diferentes componentes y elementos del modelo GLADP tienen correspondencia con los de los modelos latinoamericanos previos.

Cuadro 4: Hacia un Esquema Diagnóstico Integral Latinoamericano

Componentes diagnósticos	Leme-Lopes (1954)	Ramírez (1989)	GC - 3 (2000)
Formulación Multiaxial Estandarizada			
I. Trastornos Clínicos y Problemas Relacionados	I, II	I, II, III	I, III
II. Discapacidades	II	V	II
III. Problemas Ambientales	III	IV	IIIa
IV. Calidad de Vida	II	VI, VII, VIII	IV, V, VI
Formulación Idiográfica: Perspectivas del Clínico y del Paciente / Familia	II	VI, VII, VIII	IV, V, VI

FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL DE LA GLADP ORIGINAL

Tanto el modelo de formulación diagnóstica integral como el formato para su cumplimentación fueron desarrollados en paralelo con las Pautas Internacionales para la Evaluación Diagnóstica (IGDA) de la Asociación Mundial de Psiquiatría (Mezzich, Berganza, von Cranach, Jorge et al, 2003).

Su primer componente es la **Formulación Multiaxial Estandarizada** que, como en el esquema de la IGDA, tiene los siguientes ejes:

- Eje I: Trastornos Clínicos y Problemas Relacionados Estos incluyen tanto enfermedades *sensu stricto* como problemas del individuo (codificados de acuerdo a los Códigos Z de la CIE-10), cuando, sin ser enfermedad, se hacen prominentes para la condición del paciente porque representan



factores de riesgo o requieren atención clínica de manera expedita. Los trastornos clínicos incluyen los mentales y los de carácter médico general, y deben codificarse en sub-ejes separados, si se estima necesario. Los trastornos mentales están listados y descritos en la Parte III, Nosología, de la GLADP original, codificados de acuerdo al Capítulo V (F) de la CIE-10 y corresponden a las condiciones albergadas en los ejes I, II y III, del DSM-IV. Todos los trastornos presentes en el paciente actualmente deben ser diagnosticados.

Eje II: Áreas y Grados de Discapacidad (respecto al cuidado personal, funcionamiento ocupacional, funcionamiento con la familia y social en general). La discapacidad puede ser consecuencia tanto de trastornos mentales como médico-generales, y su presencia, áreas que afecta y grados deben codificarse en este eje, en tanto que sus causas deben ser consignadas en el eje I. La evaluación de la discapacidad debe ser debidamente contextualizada. Este eje corresponde al eje II de la presentación multiaxial de la CIE-10 y al eje V del DSM-IV.

La escala de evaluación de la presencia reciente de los cuatro tipos de discapacidad se basa en la intensidad y frecuencia de estas, como sigue:

- 0: Ninguna: No hay discapacidad identificable en esta área
- 1: Mínima: Perceptible, pero baja en intensidad y frecuencia
- 2: Moderada: Mediana en intensidad o frecuencia, baja en la otra
- 3: Importante: Mediana en intensidad y frecuencia
- 4: Grave: Alta en intensidad o frecuencia, moderada o baja en la otra
- 5: Masiva: Alta en intensidad y frecuencia

Eje III: Factores Contextuales (problemas psicosociales/ambientales con respecto a familia y vivienda, educación y trabajo, economía y aspectos legales, cultura y ambiente). Este eje corresponde al eje III de la Presentación Multiaxial de la CIE-10 (incluyendo, por supuesto, a los tomados del Capítulo XXI, excepto los problemas personales de significación clínica particular, que deben ser formulados en el Eje I) y al eje IV del DSM-IV.

Eje IV: Calidad de Vida (basada, principalmente, en la percepción que el paciente tenga de su propia calidad de vida, y formulada, sea a través de una calificación global directa o de un instrumento estandarizado apropiado). Es útil también considerar la perspectiva de la familia y la del clínico en la formulación de una calificación clínicamente apropiada de este eje.

El segundo componente de la Formulación Diagnóstica Integral de la GLADP original es la **Formulación Idiográfica Personalizada**. Las características de su preparación se esbozan a continuación:

- Involucra la participación del clínico y, especialmente, del paciente y su familia.
- Está basada en el establecimiento de una relación considerada y respetuosa entre los participantes, que se extenderá durante todo el curso de la atención clínica.
- Las tareas incluyen la articulación de perspectivas sobre el diagnóstico comprensivo, el planeamiento del tratamiento y la promoción de la salud.



- El contenido de la formulación incluye las siguientes secciones:
- Problemas clínicos y su contextualización, incluyendo la formulación compartida (por el clínico, el paciente y la familia) de estos problemas, la sumarización de información complementaria, y elucidación de sus mecanismos y explicaciones, todo desde perspectivas biológicas, psicológicas, sociales y culturales. Los desacuerdos importantes pueden ser señalados.
- Factores positivos del paciente pertinentes al tratamiento y promoción de la salud, p. ej. madurez de personalidad, habilidades y talentos, apoyos y recursos sociales y aspiraciones personales y espirituales.
- Expectativas sobre restauración y promoción de la salud (sobre los tipos y resultados del tratamiento y aspiraciones sobre el estado de salud y calidad de vida en el futuro previsible).
- Esta formulación tiene un carácter fundamentalmente cualitativo y se vincula científicamente con la investigación etnográfica y aspira a un resultado dialógico (clínico-paciente) y diacrónico (dinámico y longitudinal).
- La presentación de esta formulación es narrativa para aprovechar toda la flexibilidad del lenguaje natural o coloquial. Esta presentación puede ser oral o escrita.

MODELO DIAGNÓSTICO DE LA GLADP-VR

El modelo diagnóstico de la GLADP-VR esta basado en el modelo de la GLADP original arriba mencionado enriquecido con elementos del modelo de Diagnóstico Integrativo Centrado en la Persona (conocido por sus siglas en ingles PID) (Mezzich, Salloum, Cloninger, Salvador-Carulla et al., 2010) en desarrollo por el International College of Person-centered Medicine (Mezzich, Snaedal, van Weel & Heath, 2009; Mezzich, 2012a).

El modelo PID esta dirigido a servir como basamento diagnóstico para la implementación de un ejercicio profesional en medicina y psiquiatría centrado en la persona. Su contenido esquemático cubre tanto aspectos de salud enferma como de salud positiva a través de tres niveles estructurales, a saber: Estado de Salud, Experiencia de Salud, y Factores Causales. Cada uno de estos dominios se puede describir con instrumentos categoriales, dimensionales o narrativos. La evaluación se propone a cargo de clínicos, pacientes y familiares en colaboración interactiva buscando una base común para el entendimiento y la acción.

El modelo diagnóstico del GLADP-VR está desplegado en un Formato de Diagnóstico Integral al final de este capítulo.

El primer componente de este modelo corresponde al *Estado de Salud* del modelo PID. Este incluye cobertura estandarizada de aspectos patológicos y de aspectos positivos de la salud.

Como el Formato de Diagnóstico Integral muestra, este componente comienza con una Lista de Trastornos y Condiciones Clínicamente Significativas tanto mentales como médico-generales. Estos trastornos y condiciones serán codificados de acuerdo



a la CIE-10 en sus diferentes capítulos, incluyendo códigos Z para condiciones que no son enfermedad pero requieren atención clínica.

A continuación se presenta la evaluación del Funcionamiento de la Persona en las áreas de cuidado personal, ocupacional, con la familia, y social en general, cada una medida con una escala de 10 puntos como sigue: 0: Funcionamiento pésimo, 2: Funcionamiento mínimo, 4: Funcionamiento marginal, 6: Funcionamiento aceptable, 8: Funcionamiento sustancial, y 10: Funcionamiento óptimo.

Finalmente este componente evalúa el Grado de Bienestar percibido por la persona, de pésimo a excelente, marcando directamente uno de los 10 puntos en la línea desplegada en el Formato o con la ayuda de un instrumento estandarizado apropiado. Esta evaluación se basa principalmente en el juicio de la persona involucrada, modulado como sea necesario por las percepciones del clínico y la familia.

El segundo componente de la Formulación Diagnóstica Integral corresponde a los *Factores Influyentes sobre la Salud*. Estos incluyen Factores de Riesgo y Factores Protectores y Promotores de la Salud. La evaluación en cada caso comienza con el registro de factores relevantes listados en el Formato y continúa con la formulación narrativa de información adicional sobre tales factores y otros que se puedan identificar.

El tercer componente de la Formulación Diagnóstica Integral evalúa la *Experiencia y Expectativas sobre la Salud*. Esto se basa en una sumaria de la Formulación Cultural (experiencialmente descrita) y la adición de las necesidades y preferencias del paciente (Mezzich, 2012b). Esta evaluación se logra a través del desarrollo narrativo de los siguientes tres acápites:

- a) Identidad personal y cultural (conocimiento de sí mismo y de sus potencialidades y limitaciones),
- b) Sufrimiento (reconocimiento de tal, expresiones de malestar, creencias sobre la enfermedad), y
- c) Experiencias y expectativas sobre atención a la salud.

PLAN DE ATENCIÓN CLÍNICA:

El propósito principal del diagnóstico es la atención, el tratamiento y la promoción de la salud de la persona que consulta a un profesional de la salud. Por tanto, es importante tener esta perspectiva terapéutica desde el inicio del acto de evaluación diagnóstica. El plan de atención clínica debe incluir, en primer lugar, la identificación de problemas sujetos de tratamiento y manejo clínicos; en segundo lugar, la formulación de intervenciones diagnósticas, terapéuticas y de promoción de la salud para cada uno de los problemas identificados; y en tercer lugar, la indicación de pasos adicionales para el seguimiento y refinamiento del plan de intervenciones para cada problema.

Para facilitar el proceso y la formulación del planeamiento terapéutico, se propone un Formato organizado de acuerdo a los elementos esbozados en el párrafo anterior. Este Formato fue originalmente desarrollado como parte de las Pautas Internacionales para la Evaluación Diagnóstica (IGDA) de la Asociación Mundial de Psiquiatría (Mezzich, Berganza, von Cranach, Jorge et al., 2003) y de la versión original de la GLADP.



FORMATO PARA PLAN DE ATENCIÓN CLÍNICA

Nombre: _____ Récord N°: _____ Fecha (d/m/a): _____

Edad: _____ Sexo: M F Estado civil: _____ Ocupación: _____

Clínicos involucrados: _____

Servicio: _____

Instrucciones:

Bajo **Problemas** liste, como objetos de atención clínica, trastornos clínicos importantes, discapacidades y problemas contextuales presentados en la formulación diagnóstica. Mantenga esa lista tan simple y corta como sea posible. Consolide en un término abarcativo todos aquellos problemas que compartan la misma intervención.

En **Intervenciones** debe listar los estudios diagnósticos, los tratamientos y las actividades de promoción de la salud pertinentes a cada problema. Sea lo más específico posible en señalar las modalidades de intervención planeadas, dosis y esquemas, cantidades y marcos de referencia temporal, así como los respectivos clínicos responsables de cada intervención.

El espacio para **Observaciones** puede usarse de manera flexible según sea necesario. Por ejemplo, podría incluir fechas anticipadas para la resolución del problema respectivo, fechas planeadas para reevaluación, o notas que indiquen que un problema específico se ha resuelto o se ha tornado inactivo.

PROBLEMAS	INTERVENCIONES	OBSERVACIONES



*CLASIFICACIÓN
DE TRASTORNOS
MENTALES*

A.

Introducción



INTRODUCCIÓN

En la CIE-10 se han introducido cambios significativos respecto a la CIE-9. Como quiera que la GLADP-VR es en parte una CIE-10 adaptada a las cualidades específicas del entorno latinoamericano y a la forma en que los clínicos de la región conciben la salud mental y sus desviaciones, esos cambios le han sido incorporados. Por lo tanto, siempre que no se haga explícito lo contrario, debe inferirse que las modificaciones introducidas en la CIE-10 aquí reflejadas han sido literalmente incorporadas a la GLADP-VR.

Siguiendo la estrategia de lograr un máximo de similitudes y un mínimo de diferencias con las versiones de habla española y portuguesa de la CIE-10, en la GLADP-VR se ha conservado en general la estructura, el sistema de codificación y las descripciones y criterios diagnósticos de uso clínico en la CIE-10 original. Asimismo, sus criterios diagnósticos son aquellos de la versión para investigaciones de la CIE-10, que durante las múltiples discusiones para la elaboración de la Guía se consideraron de mayor refinamiento y fiabilidad.

Aunque se ha formulado un total de más de 190 anotaciones latinoamericanas a la nosología del Capítulo V (F) de la CIE-10, las descripciones clínicas y la organización taxonómica del sistema de la OMS se han considerado adecuadas para la práctica clínica, la investigación y la enseñanza de la psiquiatría y otras especialidades en la región. En consecuencia, muchas de estas anotaciones parecen aplicables universalmente y pueden constituir una contribución de la psiquiatría latinoamericana al progresivo desarrollo de los sistemas internacionales de diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales. Tal es el caso de la reorganización del texto en F1, Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, lo que ha permitido una mayor congruencia entre el índice general de esta categoría y las descripciones de cada trastorno inducido por las drogas específicas.

Entre los cambios más significativos introducidos en la CIE-10 y que, como ya se dijo, han sido incorporados a la GLADP se encuentran:

- Utilización de un sistema alfanumérico (ver Uso de la Guía) que permitió aumentar a 100 el número de categorías de 3 dígitos.
- El establecimiento de pautas diagnósticas, o sea de criterios estandarizados, que deben ser satisfechos para poder formular los diagnósticos pertinentes. En la CIE-10 para uso clínico se aclara que estas “pautas para el diagnóstico” deben ser manejadas con cierto grado de flexibilidad por el clínico (sobre todo en lo que a la duración de las manifestaciones sintomáticas se refiere). En la GLADP-VR, se va un poco más allá (ver Uso de la Guía), dando al criterio del clínico el papel rector en el proceso diagnóstico. El clínico puede formular un diagnóstico, aun cuando el caso clínico no satisfaga los requerimientos exigidos por las pautas del sistema; aunque, cuando así ocurra, debe aclarar mediante el uso de las siglas D.N.P. (Diagnóstico No Pautado) que el diagnóstico formulado no satisface los requerimientos exigidos por la GLADP-VR. Se recomienda, además, que tal opción se reserve para clínicos de mucha experiencia y que no se abuse de ella.



- La “familia” de las versiones de la OMS para esta 10ª revisión del capítulo V de la CIE consta de varios manuales, con propósitos específicos. Así, existe una versión para uso clínico, otra para investigaciones (CDI-10) y un sistema multiaxial para la descripción de enfermos y diagnósticos, además de una versión simplificada para asistencia primaria.
- La agrupación de los trastornos mentales en dos grandes categorías (psicosis y neurosis) según su nivel de funcionamiento, usada en la CIE-9, no ha sido mantenida en la CIE-10. En esta última, el ordenamiento se hace con base en el tema principal común o la semejanza diagnóstica, excepto para las categorías F00-F09 (trastornos orgánicos) y F10-F19 (trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas). No obstante, el término “psicótico” es utilizado para indicar la presencia de dicho nivel de funcionamiento con base en la presencia de delusiones, alucinaciones, gran excitación o hiperactividad, manifestaciones catatónicas y aislamiento social grave y prolongado. De modo similar, en la CIE-10 el término “neurótico” se usa ocasionalmente y para el encabezamiento de la categoría F40, sin que se le defina, con lo que los términos neurosis y neurótico pierden su connotación, tanto como definidores de un nivel específico de funcionamiento (el segundo) como de categoría agrupadora de ciertas afecciones mentales con características comunes (las neurosis). En la GLADP-VR se ha propuesto fórmulas de consenso, para preservar el concepto neurosis sin contradecir el enfoque de la CIE-10.
- El manual de la OMS utiliza ampliamente el término **trastorno**, debido a que su ambigüedad tolera la inclusión de múltiples cuadros clínicos, independientemente de sus causas y naturaleza.
- La palabra “delirio”, ha sido excluida de la CIE-10, (versión española) pues se ha utilizado, tanto para referirse al cuadro orgánico (confusional) también conocido por “delirium”, como para hacer alusión al trastorno del pensamiento caracterizado por ideas falsas. Si bien, esta situación puede salvarse reservando el vocablo “delirio” para el segundo caso, no hay manera de usar de forma inequívoca su adjetivo “delirante” (también excluido de la CIE-10, donde se utiliza en su lugar “ideas delirantes”). Sin embargo, los términos delirio y delirante son usados en el manual oficial de la OMS. La GLADP-VR utiliza los términos “delusiones”, “delusivos” e “ideas delusivas” en reemplazo de “delirios”, “delirantes” e “ideas delirantes” (siguiendo a Delgado, 1958), y mantiene el uso propuesto por la CIE-10 para el término “delirium”.
- Términos como dislexia y autismo no son utilizados en la CIE-10 por las diferentes connotaciones con que han sido empleados.
- El uso de diagnósticos psiquiátricos múltiples (cuando sea pertinente) es aconsejado por la OMS, así como el registro, además, de aquellos con base somática, correspondientes a otros capítulos de la CIE.
- La CIE-10 tiene un enfoque básicamente descriptivo, evitando, en lo posible, referencias a las distintas escuelas psicológicas de tipo causativo y presuntas bases etiológicas.
- Los cambios introducidos en cada una de las diez grandes categorías de tres dígitos contenidas en la CIE-10 son explicados en las anotaciones correspondientes a cada una de ellas.



- Aquellos síndromes emergentes en determinadas culturas (“síndromes culturales”) pueden en algunos casos ser clasificados dentro de la CIE-10 según el código equivalente más apropiado (trastorno de ansiedad, depresivos, de adaptación, etc.), señalando además el “trastorno cultural” específico de que se trata. Los síndromes culturales más importantes para la región latinoamericana son descritos en la Sección correspondiente de la GLADP-VR.



B.

*Lista de Categorías
Diagnósticas*



LISTA DE CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F00-F09	TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS, INCLUIDOS LOS SINTOMÁTICOS	93
F00	Demencia en la Enfermedad de Alzheimer	98
F00.0	Demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo temprano	98
F00.1	Demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo tardío	99
F00.2	Demencia en la enfermedad de Alzheimer, atípica o de tipo mixto	99
F00.9	Demencia en la enfermedad de Alzheimer, no especificada	99
F01	Demencia Vascular	100
F01.0	Demencia vascular de comienzo agudo	100
F01.1	Demencia vascular por infartos múltiples	100
F01.2	Demencia vascular subcortical	101
F01.3	Demencia vascular mixta, cortical y subcortical	101
F01.8	Otras demencias vasculares	101
F01.9	Demencia vascular, no especificada	102
F02	Demencia en Enfermedades Clasificadas en Otra Parte	102
F02.0	Demencia en la enfermedad de Pick	102
F02.1	Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	102
F02.2	Demencia en la enfermedad de Huntington	103
F02.3	Demencia en la enfermedad de Parkinson	103
F02.4	Demencia en la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	104
F02.8	Demencia en enfermedades especificadas, clasificadas en otra parte	104
F03	Demencia no Especificada	105
Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la demencia de F00-F03.		
	.X0 Sin síntomas adicionales	
	.X1 Con predominio de ideas delusivas	
	.X2 Con predominio de alucinaciones	
	.X3 Con predominio de síntomas depresivos	
	.X4 Con otros síntomas mixtos	
F04	Síndrome Amnésico Orgánico, no Inducido por Alcohol o por Otras Sustancias Psicoactivas	105



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F05	Delirium no Inducido por Alcohol o por Otras Sustancias Psicoactivas	106
F05.0	Delirium no superpuesto a demencia	107
F05.1	Delirium superpuesto a demencia	107
F05.8	Otro delirium	107
F05.9	Delirium no especificado	108
F06	Otros Trastornos Mentales Debidos a Lesión o Disfunción Cerebral o a Enfermedad Física	108
F06.0	Alucinosis orgánica	109
F06.1	Trastorno catatónico orgánico	109
F06.2	Trastorno esquizofreniforme o de ideas delusivas orgánico	109
F06.3	Trastornos del humor (afectivos) orgánicos	110
F06.4	Trastorno de ansiedad orgánico	110
F06.5	Trastorno disociativo orgánico	111
F06.6	Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico	111
F06.7	Trastorno cognoscitivo leve	111
F06.8	Otros trastornos mentales especificados debidos a lesión o disfunción cerebral, o a enfermedad física	112
F06.9	Trastorno mental no especificado debido a lesión o disfunción cerebral, o a enfermedad física	112
F07	Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento Debidos a Enfermedad o a Lesión o Disfunción Cerebral	113
F07.0	Trastorno orgánico de la personalidad	113
F07.1	Síndrome postencefalítico	114
F07.2	Síndrome postconcusional	115
F07.8	Otros trastornos orgánicos de la personalidad y del comportamiento, debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral	116
F07.9	Trastorno orgánico de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, daño o disfunción cerebral no especificado	116
F09	Trastorno Mental Orgánico o Sintomático no Especificado	117



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F10-F19	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	119
	Descripción General de los Síndromes de Cuarto Carácter	123
	Código Trastorno	
	.0 Intoxicación aguda	123
	.1 Uso nocivo (uso perjudicial)	124
	.2 Síndrome de dependencia	125
	.3 Estado de abstinencia	127
	.4 Estado de abstinencia con delirium	127
	.5 Trastorno psicótico	128
	.6 Síndrome amnésico	128
	.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío	129
	.8 Otros trastornos mentales y del comportamiento	131
	.9 Trastorno mental y del comportamiento no especificado	132
F10	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Alcohol	133
F10.0	Intoxicación aguda por alcohol	133
	F10.07 Intoxicación patológica por alcohol	134
F10.1	Uso nocivo de alcohol	135
F10.2	Síndrome de dependencia del alcohol	135
F10.3	Estado de abstinencia por alcohol	135
F10.4	Estado de abstinencia con delirium, debido al uso de alcohol	136
F10.5	Trastorno psicótico debido al uso de alcohol	137
F10.6	Síndrome amnésico debido al uso de alcohol	138
F10.7	Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío debido al uso de alcohol	139
F10.8	Otros trastornos mentales y del comportamiento especificados debidos al uso de alcohol	139
F10.9	Trastorno mental y del comportamiento debido al uso de alcohol no especificado	140
F11	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Opiáceos	140
F11.0	Intoxicación aguda por opiáceos	140
F11.1	Uso nocivo de opiáceos	141
F11.2	Síndrome de dependencia de opiáceos	141
F11.3	Estado de abstinencia por opiáceos	142



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F12	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Cannabinoides	142
F12.0	Intoxicación aguda por cannabinoides	142
F12.3	Estado de abstinencia por cannabinoides	143
F13	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Sedantes o Hipnóticos	143
F13.0	Intoxicación aguda por sedantes o hipnóticos	143
F13.3	Estado de abstinencia por sedantes o hipnóticos	144
F14	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Cocaína	145
F14.0	Intoxicación aguda por cocaína	145
F14.3	Estado de abstinencia por cocaína	147
F15	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Otros Estimulantes, Incluida la Cafeína	148
F15.0	Intoxicación aguda por otros estimulantes, incluida la cafeína	148
F15.3	Estado de abstinencia por otros estimulantes, incluida la cafeína	149
F16	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Alucinógenos	150
F16.0	Intoxicación aguda por alucinógenos	150
F16.3	Estado de abstinencia por alucinógenos	151
F17	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Tabaco	152
F17.0	Intoxicación aguda por tabaco (nicotina)	152
F17.3	Estado de abstinencia por tabaco	152
F18	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Disolventes Volátiles	153
F18.0	Intoxicación aguda por disolventes volátiles	153
F18.3	Estado de abstinencia por disolventes volátiles	154
F19	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Múltiples Drogas o de Otras Sustancias Psicoactivas	154
F19.0	Intoxicación aguda grave por múltiples drogas y por otras sustancias psicoactivas	154



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F20-F29	ESQUIZOFRENIA, TRASTORNOS ESQUIZOTÍPICOS Y TRASTORNOS DELUSIVOS	157
F20	Esquizofrenia	159
F20.0	Esquizofrenia paranoide	163
F20.1	Esquizofrenia hebefrénica	163
F20.2	Esquizofrenia catatónica	164
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada	165
F20.4	Depresión post-esquizofrénica	165
F20.5	Esquizofrenia residual	166
F20.6	Esquizofrenia simple	167
F20.8	Otras esquizofrenias	168
F20.9	Esquizofrenia no especificada	169
	Quinto carácter para especificar la forma de evolución:	
F20.x0	Continua.	
F20.x1	Episódica con defecto progresivo	
F20.x2	Episódica con defecto estable	
F20.x3	Episódica con remisiones completas	
F20.x4	Con remisión incompleta	
F20.x5	Con remisión completa	
F20.x8	Otra forma de evolución	
F20.x9	Forma de evolución indeterminada, período de observación demasiado breve	
F21	Trastorno Esquizotípico	169
F22	Trastornos Delusivos Persistentes	170
F22.0	Trastorno delusivo	171
F22.8	Otros trastornos delusivos persistentes	172
F22.9	Trastorno delusivo persistente no especificado	172
F23	Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios	172
F23.0	Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia	173
F23.1	Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia	174
F23.2	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	174
F23.3	Otro trastorno psicótico agudo con predominio de delusiones	175
F23.8	Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	175
F23.9	Trastorno psicótico agudo y transitorio no especificado	176



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F24	Trastorno Delusivo Inducido	176
F25	Trastornos Esquizoafectivos	176
F25.0	Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco	177
F25.1	Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo	178
F25.2	Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto	178
F25.8	Otros trastornos esquizoafectivos	178
F25.9	Trastorno esquizoafectivo no especificado	178
F28	Otros Trastornos Psicóticos de Origen no Orgánico	178
F29	Psicosis de Origen no Orgánico no Especificada	179
F30-F39	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	181
F30	Episodio Maníaco	185
F30.0	Hipomanía	185
F30.1	Manía sin síntomas psicóticos	186
F30.2	Manía con síntomas psicóticos	187
F30.8	Otros episodios maníacos	188
F30.9	Episodio maníaco no especificado	188
F31	Trastorno Afectivo Bipolar	188
F31.0	Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaníaco presente	189
F31.1	Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente sin síntomas psicóticos	189
F31.2	Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente con síntomas psicóticos	189
F31.3	Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado:	190
	.30 Sin síndrome somático	190
	.31 Con síndrome somático	190
F31.4	Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos	191
F31.5	Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos	191
F31.6	Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente	191
F31.7	Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión	192
F31.8	Otros trastornos afectivos bipolares	192
	F31.81 En fase prodrómica (maníaca)	192
	F31.82 En fase prodrómica (depresiva)	192
F31.9	Trastorno afectivo bipolar no especificado	193



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F32	Episodio Depresivo	193
F32.0	Episodio depresivo leve: .00 Sin síndrome somático .01 Con síndrome somático	195
F32.1	Episodio depresivo moderado: .10 Sin síndrome somático .11 Con síndrome somático	196
F32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	196
F32.3	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	197
F32.8	Otros episodios depresivos	198
F32.9	Episodio depresivo no especificado	198
F33	Trastorno Depresivo Recurrente	198
F33.0	Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente: .00 Sin síndrome somático .01 Con síndrome somático	199
F33.1	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente: .10 Sin síndrome somático .11 Con síndrome somático	200
F33.2	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, sin síntomas psicóticos	200
F33.3	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos	200
F33.4	Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión	201
F33.8	Otros trastornos depresivos recurrentes	201
F33.9	Trastorno depresivo recurrente, no especificado	201
F34	Trastornos del Humor (Afectivos) Persistentes	202
F34.0	Ciclotimia	202
F34.1	Distimia	203
F34.8	Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes	204
F34.9	Trastorno persistente del humor (afectivo) no especificado	204
F38	Otros Trastornos del Humor (Afectivos)	204
F38.0	Otros trastornos del humor (afectivos) aislados: .00 Episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto	205
F38.1	Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes: .10 Trastorno depresivo recurrente breve	205
F38.8	Otros trastornos del humor (afectivos), especificados	205
F39	Trastorno del Humor (Afectivo) no Especificado	205



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F40-F48	TRASTORNOS NEURÓTICOS, TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS	207
F40	Trastornos Fóbicos de Ansiedad	209
F40.0	Agorafobia	209
	.00 Sin trastorno de pánico	
	.01 Con trastorno de pánico	
F40.1	Fobias sociales	211
F40.2	Fobias específicas (aisladas)	212
F40.8	Otros trastornos fóbicos de ansiedad	213
F40.9	Trastorno fóbico de ansiedad no especificado	213
F41	Otros Trastornos de Ansiedad	213
F41.0	Trastorno de pánico (Ansiedad paroxística episódica)	213
F41.1	Trastornos de ansiedad generalizada	215
F41.2	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	217
F41.3	Otros trastornos de ansiedad mixtos	217
F41.8	Otros trastornos de ansiedad especificados	218
F41.9	Trastorno de ansiedad, no especificado	218
F42	Trastorno Obsesivo-Compulsivo	218
F42.0	Con predominio de pensamiento o rumiaciones obsesivas	219
F42.1	Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)	219
F42.2	Con actos e ideas obsesivos mixtos	220
F42.8	Otros trastornos obsesivo-compulsivos	220
F42.9	Trastorno obsesivo-compulsivo no especificado	220
F43	Reacción al Estrés Grave y Trastornos de Adaptación	220
F43.0	Reacción al estrés agudo	220
F43.1	Trastorno de estrés post-traumático	221
F43.2	Trastornos de adaptación	223
	.20 Reacción depresiva breve	224
	.21 Reacción depresiva prolongada	224
	.22 Reacción mixta de ansiedad y depresión	224
	.23 Con predominio de alteraciones de otras emociones	224
	.24 Con predominio de alteraciones disociales	224
	.25 Con alteración mixta de las emociones y disociales	224
	.28 Otros trastornos de adaptación con síntomas predominantes especificados	224
F43.8	Otras reacciones al estrés grave, especificadas	225
F43.9	Reacción al estrés grave no especificada	225



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F44	Trastornos Disociativos (de Conversión)	225
F44.0	Amnesia disociativa	226
F44.1	Fuga disociativa	226
F44.2	Estupor disociativo	227
F44.3	Trastornos de trance y de posesión	227
F44.4	Trastornos disociativos del movimiento	228
F44.5	Convulsiones disociativas	229
F44.6	Anestesia disociativa y pérdida sensorial	229
F44.7	Trastornos disociativos mixtos (y de conversión)	230
F44.8	Otros trastornos disociativos (de conversión)	230
	.80 Síndrome de Ganser	230
	.81 Trastorno de personalidad múltiple	230
	.82 Trastornos disociativos (de conversión) transitorios de la infancia o adolescencia	231
	.88 Otro trastorno disociativo (de conversión) especificado	231
F44.9	Trastorno disociativo (de conversión) no especificado	232
F45	Trastornos Somatomorfos	232
F45.0	Trastorno de somatización	232
F45.1	Trastorno somatomorfo indiferenciado	234
F45.2	Trastorno hipocondríaco	234
F45.3	Disfunción autonómica somatomorfa	235
	.30 del corazón y sistema cardiovascular	237
	.31 del tracto gastrointestinal alto	237
	.32 del tracto gastrointestinal bajo	237
	.33 del sistema respiratorio	237
	.34 del sistema urogenital	237
	.38 de otros órganos o sistemas [otra disfunción vegetativa somatomorfa]	237
F45.4	Trastorno de dolor persistente somatomorfo	237
F45.8	Otros trastornos somatomorfos especificados	238
F45.9	Trastorno somatomorfo no especificado	238
F48	Otros Trastornos Neuróticos	238
F48.0	Neurastenia	238
F48.1	Síndrome de despersonalización-desrealización	240
F48.8	Otros trastornos neuróticos especificados	240
F48.9	Trastorno neurótico no especificado	241



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F50-F59	SÍNDROMES DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS CON ALTERACIONES FISIOLÓGICAS Y FACTORES FÍSICOS	243
F50	Trastornos de la Conducta Alimentaria	245
F50.0	Anorexia nerviosa	245
F50.1	Anorexia nerviosa atípica	247
F50.2	Bulimia nerviosa	247
F50.3	Bulimia nerviosa atípica	248
F50.4	Hiperfagia asociada con otras alteraciones psicológicas	248
F50.5	Vómitos asociados con otras alteraciones psicológicas	248
F50.8	Otros trastornos de la conducta alimentaria	249
F50.9	Trastorno de la conducta alimentaria no especificado	249
F51	Trastornos no Orgánicos del Sueño	249
F51.0	Insomnio no orgánico	249
F51.1	Hipersomnio no orgánico	250
F51.2	Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia	251
F51.3	Sonambulismo	251
F51.4	Terrores del sueño (terrores nocturnos)	252
F51.5	Pesadillas	253
F51.8	Otros trastornos no orgánicos del sueño	253
F51.9	Trastorno no orgánico del sueño no especificado	253
F52	Disfunción Sexual, no Ocasionada por Trastorno ni Enfermedad Orgánicos	254
F52.0	Falta o pérdida del deseo sexual	254
F52.1	Aversión al sexo y falta de goce sexual	255
	.10 Rechazo sexual	255
	.11 Ausencia de placer sexual	256
F52.2	Falla de la respuesta genital	256
F52.3	Disfunción orgásmica	257
F52.4	Eyaculación precoz	258
F52.5	Vaginismo no orgánico	258
F52.6	Dispareunia no orgánica	259
F52.7	Impulso sexual excesivo	260
F52.8	Otras disfunciones sexuales no ocasionadas por trastorno ni por enfermedad orgánicos	260
F52.9	Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni por enfermedad orgánicos, no especificada	260



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F53	Trastornos Mentales y del Comportamiento Asociados con el Puerperio no Clasificados en Otra Parte	260
F53.0	Trastornos mentales y del comportamiento leves, asociados con el puerperio no clasificados en otra parte	261
F53.1	Trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el puerperio no clasificados en otra parte	261
F53.8	Otros trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio no clasificados en otra parte	261
F53.9	Trastorno mental puerperal no especificado	261
F54	Factores Psicológicos y del Comportamiento Asociados con Trastornos o con Enfermedades Clasificadas en Otra Parte	261
F55	Abuso de Sustancias que no Producen Dependencia	263
F55.0	Antidepresivos	264
F55.1	Laxantes	264
F55.2	Analgésicos	264
F55.3	Antiácidos	264
F55.4	Vitaminas	264
F55.5	Hormonas o sustancias esteroides	264
F55.6	Hierbas o remedios populares	264
F55.8	Otra sustancia	264
F55.9	Sustancia no especificada	264
F59	Síndromes del Comportamiento Asociados con Alteraciones Fisiológicas y Factores Físicos no Especificados	264
F60-F69	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO	265
F60	Trastornos Específicos de la Personalidad	268
F60.0	Trastorno paranoide de la personalidad	269
F60.1	Trastorno esquizoide de la personalidad	270
F60.2	Trastorno antisocial-psicopático de la personalidad	271
F60.3	Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable	273
	.30 Tipo impulsivo	273
	.31 Tipo limítrofe (<i>bordeline</i>)	273
F60.4	Trastorno histriónico de la personalidad	274
F60.5	Trastorno anancástico de la personalidad	275
F60.6	Trastorno de la personalidad ansiosa (evasiva, elusiva)	276
F60.7	Trastorno de la personalidad dependiente	277
F60.8	Otros trastornos específicos de la personalidad	277
F60.9	Trastorno de la personalidad no especificado	280



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F61	Trastornos Mixtos y Otros Trastornos de la Personalidad	280
F61.0	Trastornos mixtos de la personalidad	280
F61.1	Variaciones problemáticas de la personalidad no clasificables en F60 o F62.	280
F62	Cambios Perdurables de la Personalidad no Atribuibles a Lesión o a Enfermedad Cerebral	280
F62.0	Cambio perdurable de la personalidad después de una experiencia catastrófica	280
F62.1	Cambio perdurable de la personalidad consecutivo a una enfermedad psiquiátrica	282
F62.8	Otros cambios perdurables de la personalidad, especificados	283
F62.9	Cambio perdurable de la personalidad no especificado	284
F63	Trastornos de los Hábitos y de los Impulsos	284
F63.0	Juego patológico (Ludomanía)	284
F63.1	Piromanía	285
F63.2	Hurto patológico (Cleptomanía)	285
F63.3	Tricotilomanía	286
F63.8	Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos, especificados	286
F63.9	Trastorno de los hábitos y de los impulsos no especificado	286
F64	Trastornos de la Identidad de Género	286
F64.0	Transexualismo	287
F64.1	Transvestismo de rol dual	287
F64.2	Trastorno de la identidad de género en la niñez	288
F64.8	Otros trastornos de la identidad de género, especificados	289
F64.9	Trastorno de la identidad de género no especificado	289
F65	Trastornos de la Preferencia Sexual	289
F65.0	Fetichismo	290
F65.1	Transvestismo fetichista	291
F65.2	Exhibicionismo	291
F65.3	Voyeurismo (Escoptofilia)	292
F65.4	Pedofilia	292
F65.5	Sadomasoquismo	293
F65.6	Trastornos múltiples de la preferencia sexual	293
F65.8	Otros trastornos de la preferencia sexual, especificados	294
F65.9	Trastorno de la preferencia sexual no especificado	294



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F66	Trastornos Psicológicos y del Comportamiento Asociados con el Desarrollo y la Orientación Sexuales	295
F66.0	Trastorno de la maduración sexual	295
F66.1	Orientación sexual egodistónica	295
F66.2	Trastorno de la relación sexual	295
F66.8	Otros trastornos del desarrollo psicosexual, especificados	296
F66.9	Trastorno del desarrollo psicosexual no especificado	296
Puede recurrirse a los siguientes códigos de quinto carácter para indicar la asociación con:		
	F66.x0 Heterosexualidad	
	F66.x1 Homosexualidad	
	F66.x2 Bisexualidad (sólo debe ser utilizado cuando hay una clara evidencia de atracción sexual hacia miembros de ambos sexos)	
	F66.x8 Otra, incluyendo las prepuberales	
F68	Otros Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento en Adultos	296
F68.0	Elaboración de síntomas físicos por causas psicológicas	296
F68.1	Producción intencional o simulación de síntomas o de incapacidades, tanto físicas como psicológicas (trastorno facticio)	297
F68.8	Otros trastornos especificados de la personalidad y del comportamiento del adulto	297
F69	Trastorno de la Personalidad y del Comportamiento en Adultos no Especificado	297
F70-F79	RETRASO MENTAL	299
F70	Retraso Mental Leve	302
F71	Retraso Mental Moderado	303
F72	Retraso Mental Grave	303
F73	Retraso Mental Profundo	303
F78	Otros Tipos de Retraso Mental	303
F79	Retraso Mental no Especificado	303

Cuarto dígito para indicar el grado de deterioro del comportamiento:

- F7x.0 Con alteración del comportamiento mínimo o ausente
- F7x.1 Con alteración del comportamiento importante que requiere atención o tratamiento
- F7x.8 Con otras alteraciones del comportamiento
- F7x.9 Sin alusión a la alteración del comportamiento



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F80-F89	TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO	307
F80	Trastornos Específicos del Desarrollo del Habla y del Lenguaje	308
F80.0	Trastorno específico de la pronunciación	309
F80.1	Trastorno del lenguaje expresivo	310
F80.2	Trastorno de la recepción del lenguaje	311
F80.3	Afasia adquirida con epilepsia (Landau-Kleffner)	312
F80.8	Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje, especificados	313
F80.9	Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado	313
F81	Trastornos Específicos del Desarrollo de las Habilidades Escolares	313
F81.0	Trastorno específico de la lectura	314
F81.1	Trastorno específico del deletreo (ortografía)	315
F81.2	Trastorno específico de las habilidades aritméticas	316
F81.3	Trastorno mixto de las habilidades escolares	317
F81.8	Otros trastornos del desarrollo de las habilidades escolares, especificados	317
F81.9	Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares no especificado	317
F82	Trastorno Específico del Desarrollo de la Función Motriz	318
F83	Trastornos Específicos Mixtos del Desarrollo	318
F84	Trastornos Generalizados del Desarrollo	319
F84.0	Autismo en la niñez	320
F84.1	Autismo atípico	322
F84.2	Síndrome de Rett	324
F84.3	Otro trastorno desintegrativo de la niñez	325
F84.4	Trastorno hiperactivo asociado con retraso mental y movimientos estereotipados	326
F84.5	Síndrome de Asperger	328
F84.8	Otros trastornos generalizados del desarrollo, especificados	328
F84.9	Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	328
F88	Otros Trastornos del Desarrollo Psicológico	329
F89	Trastorno del Desarrollo Psicológico no Especificado	329



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F90-F98	TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE APARECEN HABITUALMENTE EN LA NIÑEZ Y EN LA ADOLESCENCIA	331
F90	Trastornos Hipercinéticos	333
F90.0	Perturbación de la actividad y de la atención	335
F90.1	Trastorno hipercinético de la conducta	335
F90.8	Otros trastornos hipercinéticos, especificados	336
F90.9	Trastorno hipercinético no especificado	336
F91	Trastornos Disociales	336
F91.0	Trastorno disocial limitado al contexto familiar	339
F91.1	Trastorno disocial en niños no socializados	339
F91.2	Trastorno disocial en niños socializados	340
F91.3	Trastorno opositor desafiante	340
F91.8	Otros trastornos disociales, especificados	341
F91.9	Trastorno disocial no especificado	341
F92	Trastornos Mixtos Disociales y de las Emociones	341
F92.0	Trastorno disocial depresivo	341
F92.8	Otros trastornos mixtos disociales y de las emociones, especificados	342
F92.9	Trastorno mixto disocial de la conducta y de las emociones, no especificado	342
F93	Trastornos Emocionales de Comienzo Específico en la Niñez	343
F93.0	Trastorno de ansiedad de separación en la niñez	343
F93.1	Trastorno de ansiedad fóbica en la niñez	344
F93.2	Trastorno de ansiedad social en la niñez	345
F93.3	Trastorno de rivalidad entre hermanos	345
F93.8	Otros trastornos emocionales en la niñez, especificados	347
F93.9	Trastorno emocional en la niñez no especificado	350
F94	Trastornos del Comportamiento Social de Comienzo Específico en la Niñez y en la Adolescencia	350
F94.0	Mutismo electivo	350
F94.1	Trastorno de vinculación en la niñez, tipo reactivo	351
F94.2	Trastorno de vinculación en la niñez, tipo desinhibido	352
F94.8	Otros trastornos del comportamiento social en niñez, especificados	352
F94.9	Trastorno del comportamiento social en la niñez no especificado	352



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F95	Trastornos por Tics	352
F95.0	Trastorno por tic transitorio	353
F95.1	Trastorno por tic motor o vocal crónico	353
F95.2	Trastorno por tics motores y vocales múltiples combinados (de la Tourette)	354
F95.8	Otros trastornos por tics, especificados	354
F95.9	Trastorno de tic no especificado	354
F98	Otros Trastornos Emocionales y del Comportamiento que Aparecen Habitualmente en la Niñez y en la Adolescencia	354
F98.0	Enuresis no orgánica	354
F98.1	Encopresis no orgánica	355
F98.2	Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia y la niñez	357
E98.3	Pica en la infancia y la niñez	358
F98.4	Trastorno de los movimientos estereotipados	358
F98.5	Tartamudez (espasmofemia)	359
F98.6	Farfulleo	359
F98.8	Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia, especificados	359
F98.9	Trastornos emocionales y del comportamiento, no especificados, que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	359
F99	TRASTORNO MENTAL SIN ESPECIFICACIÓN	361



C.

*Trastornos Mentales
y del Comportamiento:
Descripciones,
Criterios Diagnósticos y
Anotaciones
Latinoamericanas*



TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS, INCLUYENDO LOS SINTOMÁTICOS (F00-F09)

Índice de esta Sección

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F00	Demencia en la Enfermedad de Alzheimer	98
F00.0	Demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo temprano	98
F00.1	Demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo tardío	99
F00.2	Demencia en la enfermedad de Alzheimer, atípica o de tipo mixto	99
F00.9	Demencia en la enfermedad de Alzheimer, no especificada	99
F01	Demencia Vascular	100
F01.0	Demencia vascular de comienzo agudo	100
F01.1	Demencia vascular por infartos múltiples	100
F01.2	Demencia vascular subcortical	101
F01.3	Demencia vascular mixta, cortical y subcortical	101
F01.8	Otras demencias vasculares	101
F01.9	Demencia vascular, no especificada	102
F02	Demencia en Enfermedades Clasificadas en Otra Parte	102
F02.0	Demencia en la enfermedad de Pick	102
F02.1	Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	102
F02.2	Demencia en la enfermedad de Huntington	103
F02.3	Demencia en la enfermedad de Parkinson	103
F02.4	Demencia en la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	104
F02.8	Demencia en enfermedades especificadas, clasificadas en otra parte	104
F03	Demencia no Especificada	105
Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la demencia de F00-F03.		
	.X0 Sin síntomas adicionales	
	.X1 Con predominio de ideas delusivas	
	.X2 Con predominio de alucinaciones	
	.X3 Con predominio de síntomas depresivos	
	.X4 Con otros síntomas mixtos	
F04	Síndrome Amnésico Orgánico, no Inducido por Alcohol o por Otras Sustancias Psicoactivas	105



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F05	Delirium no Inducido por Alcohol o por Otras Sustancias Psicoactivas	106
F05.0	Delirium no superpuesto a demencia	107
F05.1	Delirium superpuesto a demencia	107
F05.8	Otro delirium	107
F05.9	Delirium no especificado	108
F06	Otros Trastornos Mentales Debidos a Lesión o Disfunción Cerebral o a Enfermedad Física	108
F06.0	Alucinosis orgánica	109
F06.1	Trastorno catatónico orgánico	109
F06.2	Trastorno esquizofreniforme o de ideas delusivas orgánico	109
F06.3	Trastornos del humor (afectivos) orgánicos	110
F06.4	Trastorno de ansiedad orgánico	110
F06.5	Trastorno disociativo orgánico	111
F06.6	Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico	111
F06.7	Trastorno cognoscitivo leve	111
F06.8	Otros trastornos mentales especificados debidos a lesión o disfunción cerebral, o a enfermedad física	112
F06.9	Trastorno mental no especificado debido a lesión o disfunción cerebral, o a enfermedad física	112
F07	Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento Debidos a Enfermedad o a Lesión o Disfunción Cerebral	113
F07.0	Trastorno orgánico de la personalidad	113
F07.1	Síndrome postencefálico	114
F07.2	Síndrome postconcusional	115
F07.8	Otros trastornos orgánicos de la personalidad y del comportamiento, debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral	116
F07.9	Trastorno orgánico de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, daño o disfunción cerebral no especificado	116
F09	Trastorno Mental Orgánico o Sintomático no Especificado	117

*Use el código correspondiente adicional, si desea identificar la condición orgánica de base.



INTRODUCCIÓN A LA SECCIÓN

Esta sección comprende una variedad de trastornos mentales cuyas manifestaciones fundamentales son la consecuencia directa de una merma de la capacidad intrínseca del encéfalo para servir de sostén a una actividad mental normal, debido a una enfermedad, lesión u otro trauma demostrable del mismo. La disfunción puede ser primaria, como ocurre en las enfermedades, lesiones y traumas que afectan directa y selectivamente al cerebro, o secundaria a trastornos extra cerebrales, que lo afectan de manera sistémica como en las disfunciones severas de las funciones hepáticas, renales, hormonales, etc. Las reacciones psicológicas del paciente ante las discapacidades producidas por el trastorno sólo se considerarán de carácter orgánico, cuando de sus características (patoplastía, intensidad, etc.) pueda inferirse que una incapacidad intrínseca (por ellos causada), para manejar sus déficits de manera adaptativa está implicada en su aparición.

Anotación Latinoamericana

El contexto cultural y educacional es importante en la evaluación de las funciones cognoscitivas, debido a la implicancia de la menor educación en el inicio de las demencias y las diferencias entre los países desarrollados y en vías de desarrollo ligados a la reserva cognoscitiva (Allegrí et al., 2010). Esto es pertinente al uso de pruebas de inteligencia, información general, orientación y memoria diseñadas en y para otras culturas. Un prueba de ello son los hallazgos de un estudio epidemiológico realizado en una población rural del Perú encontró un puntaje indicativo de deterioro según el Mini Mental State Examination de Folstein (≤ 22) de 53,1% en personas con menos de 8 años de estudio frente a 14,4% de las personas con 8 o más años de instrucción (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009). Por esto se recomienda que en la evaluación de estas funciones se emplee pruebas diseñadas para o estandarizadas en la cultura local.

Se debe tener en cuenta también que las condiciones clínicas que subyacen a los trastornos cognoscitivos varían en su prevalencia en diferentes países y comunidades; y que muchas de ellas, tales como las infecciones, la desnutrición y los tóxicos ambientales (plomo, mercurio y solventes orgánicos), son particularmente frecuentes en América Latina.

DEMENCIA

La demencia (F00-F03) es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro de naturaleza habitualmente crónica o progresiva, en el cual existe un deterioro de múltiples funciones corticales superiores, entre las que se cuentan la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad para el aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se haya obnubilada. Los deterioros en el área cognoscitiva frecuentemente se acompañan y a menudo son precedidos por un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Este síndrome se da en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad cerebrovascular y en otras que afectan primaria o secundariamente al cerebro.



Use un código adicional, si desea identificar la enfermedad primaria.

Criterios Diagnósticos de Investigación

G1. Presencia de demencia de un determinado nivel de gravedad basada en todos y cada uno de los síntomas siguientes:

- 1) Deterioro de la memoria, evidente sobre todo para el aprendizaje de nueva información que, en los casos más graves, afecta a la evocación de información previamente aprendida. La alteración incluye tanto al material verbal como al no verbal. El deterioro debe ser objetivable y no ha de basarse sólo en quejas subjetivas, para lo cual se necesita obtener información anamnésica de terceras personas o recurrir a pruebas neuropsicológicas. La gravedad será valorada de la siguiente forma:

Deterioro leve: Pérdida de memoria suficiente como para interferir con las actividades cotidianas, pero que no llega a ser incompatible con una vida independiente. La principal función afectada es el aprendizaje de material nuevo en las formas de comienzo y en las más leves. La memoria a medio y largo plazo puede estar mínimamente afectada o incluso intacta; aunque el individuo puede evidenciar cierta dificultad para el registro, almacenaje y evocación de elementos de la vida diaria, tales como los lugares donde deja sus pertenencias, las citas y los compromisos sociales o para la información recientemente proporcionada por los familiares.

Deterioro moderado: El paciente sólo recuerda el material muy bien aprendido o de carácter muy familiar. La información nueva es retenida sólo de forma ocasional y muy breve. El individuo es incapaz de evocar información básica sobre su lugar de residencia, actividades recientes o nombres de personas allegadas. Este grado de alteración mnésica constituye un serio obstáculo para la vida autónoma. Puede asociarse con la pérdida intermitente del control esfinteriano.

Deterioro grave: Pérdida grave de memoria. Sólo persisten fragmentos aislados de la información previamente aprendida. El sujeto fracasa incluso al intentar reconocer a los familiares cercanos; no le es posible retener nueva información y es incapaz de funcionar en la comunidad sin una estrecha supervisión porque suele presentar un grave deterioro del cuidado personal y una pérdida del control esfinteriano vesical.

- 2) Déficit de la capacidad intelectual, caracterizado por un deterioro del pensamiento, el juicio y la capacidad de procesar información. Estos déficits deben, en lo posible, ser puestos de manifiesto a partir de la información proporcionada por terceras personas, o mediante exámenes neuropsicológicos (siempre que pueda hacerse una estimación de la inteligencia premórbida). Lo ideal es poder hacer ambas cosas. La relación del deterioro con el nivel previo de funcionamiento debe verificarse comprobando que el nivel actual de manejo y comprensión de los contenidos del pensamiento es muy inferior a lo que hubiera cabido esperar en el pasado. El grado de deterioro intelectual debe ser valorado de la siguiente forma:



Deterioro leve: El déficit de la capacidad intelectual interfiere con los rendimientos y actividades de la vida diaria, sin llegar al extremo de hacer al individuo dependiente de los demás. Las tareas diarias más complicadas y algunas actividades recreativas no pueden ser realizadas.

Deterioro moderado: El déficit de la capacidad intelectual hace al individuo incapaz de manejarse en la vida cotidiana, incluyendo actividades como la compra y el manejo de dinero, sin la ayuda de otra persona. En la casa, sólo puede llevar a cabo las tareas más simples. El interés por las cosas y actividades es muy reducido o inconstante.

Deterioro grave: El déficit impide no sólo la independencia de la ayuda de los demás, sino que se caracteriza, además, por la ausencia, total o casi total, de ideación inteligible.

La gravedad global de la demencia se expresa con el nivel de deterioro más elevado, ya sea de memoria o de inteligencia (por ejemplo, una alteración leve de memoria y moderada de la capacidad intelectual es índice de una demencia de gravedad moderada).

G2. Ausencia de obnubilación de la conciencia durante un período de tiempo tal que impida la inequívoca demostración del criterio A de delirium como se define en F05. Sin embargo, pueden existir episodios de delirium superpuestos en el curso de una demencia. Cuando un caso se presenta con delirium, el diagnóstico de demencia debe ser aplazado ya que las alteraciones de memoria, pensamiento y otras funciones superiores podrían ser atribuidas en su totalidad al delirium por sí mismo.

G3. Deterioro del control emocional, la motivación o el comportamiento social que se manifiesta al menos por uno de lo siguientes síntomas:

- 1) labilidad emocional;
- 2) irritabilidad;
- 3) apatía;
- 4) embrutecimiento del comportamiento social.

G4. Para que el diagnóstico clínico sea seguro, el criterio G1 debe estar claramente presente durante al menos seis meses. Si el período transcurrido desde el comienzo de la enfermedad es más corto, el diagnóstico puede ser sólo provisional.

Debe usarse un quinto dígito para indicar la presencia de síntomas adicionales en las categorías F00 (Demencia en la Enfermedad de Alzheimer), F01 (Demencia Vasculare), F02 (Demencia en Enfermedades Clasificadas en Otra Parte) y F03 (Demencia, no Especificada), como sigue:

- .x0 Sin síntomas adicionales
- .x1 Con otros síntomas, predominantemente delirantes
- .x2 Con otros síntomas, predominantemente alucinatorios
- .x3 Con otros síntomas, predominantemente depresivos
- .x4 Con otros síntomas, mixtos



Debe usarse un sexto dígito para indicar la gravedad de la demencia.

- .xx0 Leve
- .xx1 Moderada
- .xx2 Severa

Anotación Latinoamericana

La demencia es por definición una enfermedad grave. Por el estigma asociado a este diagnóstico, se recomienda no hacer uso del término de **demencia leve** en la práctica médica. Se recomienda, en cambio, utilizar el diagnóstico de **Trastorno cognoscitivo leve (F06.07)**, cuyos criterios diagnósticos son muy similares a los de demencia leve.

De acuerdo con criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10, los pacientes afectados de **demencia leve** conservan cierto grado de autonomía y capacidad de decisión que por razones sociales y legales perderían automáticamente en nuestro medio, al ser etiquetados de dementes.

F00* Demencia en la Enfermedad de Alzheimer (G30.)

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad cerebral degenerativa primaria, de etiología desconocida cuyos rasgos neuropatológicos y neuroquímicos son característicos. Habitualmente este trastorno es de comienzo insidioso, y después progresa lenta pero sostenidamente en un lapso de varios años.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Los criterios generales de demencia (G1 a G4) deben darse.
- B. Ausencia en los antecedentes, en la exploración clínica o en las exploraciones auxiliares, de una causa clínicamente diagnosticable de demencia (por ejemplo: enfermedad cerebrovascular; enfermedad por VIH, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, hidrocefalia a presión normal), un trastorno sistémico (por ejemplo: hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12 o ácido fólico, hipercalcemia), o abuso de alcohol o drogas.

F00.0* Demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo temprano (G30.0)

Demencia en la enfermedad de Alzheimer, que comienza antes de la edad de 65 años, con deterioro de evolución relativamente rápida y con trastornos múltiples y notorios de las funciones corticales superiores.

Incluye: Enfermedad de Alzheimer, tipo 2
Demencia presenil, de tipo Alzheimer
Demencia degenerativa primaria de tipo Alzheimer, de comienzo presenil

Criterios Diagnósticos de Investigación

1. Deben satisfacerse los criterios generales de demencia en la enfermedad de Alzheimer (F00) y la edad de comienzo ser inferior a los 65 años.
2. Además, debe satisfacerse al menos uno de los siguientes requisitos:



- a) instauración y evolución relativamente rápidas;
- b) afectación del lóbulo temporal, parietal o frontal: afasia (amnésica o sensorial), agrafia, alexia, acalculia o apraxia.

F00.1* Demencia en la enfermedad de Alzheimer de comienzo tardío (G30.1)

Demencia en la enfermedad de Alzheimer, cuyo comienzo se presenta después de los 65 años de edad, habitualmente al final de la séptima década de la vida, o incluso más tarde, con una progresión lenta. Su principal característica es el deterioro de la memoria.

Incluye: Enfermedad de Alzheimer, tipo 1
Demencia degenerativa primaria de tipo Alzheimer, de comienzo senil
Demencia senil, de tipo Alzheimer

Criterios Diagnósticos de Investigación

1. Deben satisfacerse los criterios generales de demencia en la enfermedad de Alzheimer (F00) y la edad de inicio ser de 65 años o más.
2. Además, debe satisfacerse al menos uno de los siguientes requisitos:
 - a) una instauración y evolución muy lenta y gradual (el ritmo de la progresión sólo puede evaluarse retrospectivamente después de un curso de 3 ó más años);
 - b) Predominio del deterioro de la memoria G1 (1) sobre el deterioro intelectual G1 (2) (ver criterios generales de demencia).

Anotación Latinoamericana

Debe considerarse, respecto al criterio 2.b (predominio del deterioro mnésico sobre el intelectual), que este predominio puede no ser evidenciable en las etapas avanzadas de la enfermedad.

F00.2* Demencia en la enfermedad de Alzheimer, atípica o de tipo mixto (G30.8)

Debe reservarse este término para aquellos casos de Demencia de Alzheimer en los que los síntomas no permiten un grado mayor de especificidad diagnóstica, o se mezclan con los de una demencia vascular concomitante.

Incluye: Demencia atípica, de tipo Alzheimer

Criterios Diagnósticos de Investigación

Se debe usar este término y codificación para aquellas demencias que tienen características atípicas importantes o que reúnen conjuntamente criterios de los tipos precoz y tardío. También la demencia mixta de Alzheimer y vascular debe incluirse aquí.

F00.9* Demencia en la enfermedad de Alzheimer, no especificada (G30.9)



F01 Demencia Vascular

La demencia vascular es producto del infarto cerebral debido a una enfermedad vascular, incluida la enfermedad cerebrovascular hipertensiva. Por lo común los infartos son pequeños, pero sus efectos son acumulativos. Generalmente comienza en etapas avanzadas de la vida.

Incluye: Demencia arteriosclerótica

Criterios Diagnósticos de Investigación

- G1. Los criterios generales de demencia (G1 a G4) deben darse.
- G2. Desigual distribución de los déficits de las funciones cognitivas superiores, estando algunas afectadas y otras relativamente conservadas. Así, la memoria puede estar marcadamente afectada mientras que el pensamiento, el razonamiento y el procesamiento de la información pueden estar sólo discretamente alterados.
- G3. Presencia de daño cerebral focal sugerido por uno o más de los síntomas siguientes:
 - 1) paresia espástica y unilateral de las extremidades;
 - 2) reflejos tendinosos incrementados en forma unilateral;
 - 3) respuesta plantar extensora;
 - 4) parálisis pseudobulbar.
- G4. Evidencia por la historia, el examen clínico o las pruebas complementarias, de una enfermedad cerebrovascular significativa que pudiere razonablemente considerarse etiológicamente relacionada con la demencia. (Por ejemplo: historia de apoplejía; evidencia de infarto cerebral.).

Los siguientes criterios deben usarse para diferenciar los subtipos de demencia vascular, pero debe recordarse que la utilidad de esta subdivisión puede no ser generalmente aceptada.

F01.0 Demencia vascular de comienzo agudo

Habitualmente se desarrolla en forma rápida, después de una serie de accidentes cerebrovasculares, ya sea por trombosis, por embolia o por hemorragia. En casos raros, la causa puede ser un infarto masivo único.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Debe satisfacerse los criterios generales para demencia vascular (F01).
- B. La demencia evoluciona rápidamente (por lo general en un mes, pero en no más de tres meses) tras una sucesión de infartos repetidos o (raramente) tras un infarto masivo único.

F01.1 Demencia vascular por infartos múltiples

Es de comienzo gradual y posterior a una serie de episodios de isquemia transitoria que producen una acumulación de infartos en el parénquima cerebral.

Incluye: demencia predominantemente cortical.



Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Debe satisfacerse los criterios generales para demencia vascular (F01).
- B. El inicio de la demencia es gradual (entre tres y seis meses), siguiendo a un número de episodios isquémicos menores.

Anotación Latinoamericana

La evolución de esta demencia tiende a ser escalonada, en el sentido de que el individuo puede recuperarse parcialmente tras un deterioro agudo que sigue a un infarto de significación clínica.

F01.2 Demencia vascular subcortical

Incluye casos con antecedentes clínicos de hipertensión arterial y con focos de destrucción isquémica, ubicados en las profundidades de la materia blanca de los hemisferios cerebrales. Habitualmente, la corteza cerebral se encuentra indemne, lo cual contrasta con el cuadro clínico de esta enfermedad, que puede parecerse mucho al de la demencia en la enfermedad de Alzheimer.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Debe satisfacerse los criterios generales para demencia vascular (F01).
- B. Antecedentes de hipertensión arterial.
- C. Evidencia, en las exploraciones clínicas y complementarias, de una enfermedad vascular localizada en la sustancia blanca profunda de los hemisferios cerebrales, y que preserva el cortex cerebral.

F01.3 Demencia vascular mixta, cortical y subcortical

Criterios Diagnósticos de Investigación

Los componentes mixtos, corticales y subcorticales, de demencia vascular pueden sospecharse por los rasgos clínicos, los resultados de las investigaciones (incluyendo la autopsia) o ambos.

Anotación Latinoamericana

La determinación de los componentes mixtos (corticales y subcorticales) de las demencias vasculares, puede basarse tanto en los hallazgos clínicos como en los resultados de exploraciones complementarias. En ocasiones, el diagnóstico sólo puede ser confirmado post-mortem, a través de la autopsia.

F01.8 Otras demencias vasculares, especificadas

Anotación Latinoamericana

Se recomienda agregar el término especificadas, para incluir en esta categoría aquellas demencias vasculares de causa específica no contemplada en ninguno de los acápite anteriores.



F01.9 Demencia vascular no especificada

F02* Demencia en enfermedades clasificadas en otra parte

Casos de demencia debidos, o supuestamente debidos, a causas distintas de la enfermedad de Alzheimer o de la enfermedad cerebrovascular. El comienzo puede darse en cualquier momento de la vida, aunque rara vez tiene lugar en la senectud.

F02.0* Demencia en la enfermedad de Pick (G31.0)

Demencia progresiva que comienza durante la edad mediana de la vida, caracterizada por cambios precoces y lentamente progresivos del carácter y por deterioro social, que conducen a un menoscabo de las funciones del intelecto, de la memoria y del lenguaje, con apatía, euforia y, ocasionalmente, con fenómenos extrapiramidales.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Los criterios generales de demencia (G1 a G4) deben darse.
- B. Inicio lento con deterioro progresivo constante.
- C. Predominio de afectación frontal puesto de manifiesto por dos o más de los síntomas siguientes:
 - 1) embotamiento emocional;
 - 2) comportamiento social burdo;
 - 3) desinhibición;
 - 4) apatía o inquietud;
 - 5) afasia.
- D. Preservación relativa, en los estadios tempranos, de la memoria y las funciones parietales.

F02.1* Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (A81.0)

Una demencia progresiva, con extensos signos neurológicos, debida a cambios neuropatológicos específicos que, se supone, son causados por un agente transmisible. Comienza habitualmente durante la mitad o al final de la vida, aunque en los adultos puede tener lugar a cualquier edad. El curso es subagudo y conduce a la muerte en el lapso de uno o dos años.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Los criterios generales de demencia (G1 a G4) deben darse.
- B. Progresión muy rápida de la demencia con desintegración de, virtualmente, todas las funciones cerebrales superiores.
- C. Aparición, generalmente después de o simultáneamente con la demencia, de una variedad de signos y síntomas neurológicos:
 - 1) síntomas piramidales;
 - 2) síntomas extrapiramidales;



- 3) síntomas cerebelosos;
- 4) afasia;
- 5) alteraciones visuales.

F02.2* Demencia en la enfermedad de Huntington (G10)

Es una demencia que se da como componente de una amplia degeneración cerebral. El trastorno es transmitido por un solo gen autosómico dominante. Los síntomas aparecen característicamente en la tercera y cuarta décadas de la vida. El progreso de la enfermedad es lento y generalmente conduce a la muerte en un lapso de 10 a 15 años.

Incluye: Demencia en la corea de Huntington

Crterios Diagnósticos de Investigación

- A. Los criterios generales de demencia (G1 a G4) deben darse.
- B. La afectación de funciones subcorticales aparece generalmente en primer lugar y predomina en el cuadro clínico de la demencia. Lo más característico es la presencia de enlentecimiento del pensamiento y de la motilidad y de cambios de personalidad tales como apatía o depresión.
- C. Movimientos coreiformes involuntarios, por lo general en la cara, manos y hombros o de la marcha. El enfermo puede intentar disimularlos convirtiéndolos en acciones voluntarias.
- D. Antecedentes de enfermedad de Huntington en los padres o hermanos; o antecedentes familiares que sugieren la presencia de este trastorno.
- E. Ausencia de signos clínicos que pudieran explicar la presencia de los movimientos anormales.

Anotación Latinoamericana

El criterio E, como aparece, es confuso y lógicamente incompleto. Puede leerse mejor como sigue: "Los movimientos anormales y el cuadro demencial no son mejor explicados por la presencia de otra condición clínica definible".

F02.3* Demencia en la enfermedad de Parkinson (G20)

Demencia que se desarrolla durante el curso de una enfermedad de Parkinson ya establecida. No han sido demostradas aún características clínicas particulares.

Incluye: Demencia en el parkinsonismo
Demencia en la parálisis agitante

Crterios Diagnósticos de Investigación

- A. Los criterios generales de demencia (G1 a G4) deben darse.
- B. Diagnóstico de enfermedad de Parkinson.
- C. Ausencia de alteraciones cognoscitivas atribuibles a la medicación antiparkinsoniana.



- D. No hay evidencia por la historia, los exámenes físicos o investigaciones especiales de una posible causa de demencia, incluyendo otras formas de enfermedad cerebral, daño o disfunción (por ejemplo enfermedad cerebrovascular, enfermedad por VIH, enfermedad de Huntington, hidrocefalia a presión normal), enfermedad sistémica (por ejemplo: hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12 o ácido fólico, o hipercalcemia), o abuso de alcohol o drogas.

Si los criterios también se cumplen para la demencia en la enfermedad de Alzheimer de comienzo tardío (F00.1), esta categoría debería usarse en combinación con la enfermedad de Parkinson (G20).

Anotación Latinoamericana

El diagnóstico de Demencia en la Enfermedad de Parkinson sólo debe hacerse en ausencia de otra posible causa etiológica de demencia. Cuando esa otra causa etiológica explique mejor los síntomas de demencia, en presencia de Enfermedad de Parkinson, el paciente recibirá el diagnóstico de demencia secundaria a esa causa y se agregará en el Eje correspondiente el diagnóstico de Enfermedad de Parkinson.

F02.4* Demencia en la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] (B22.0)

Demencia que se desarrolla en el curso de una enfermedad por VIH, en ausencia de una enfermedad o de una afección concomitante distinta de la infección por VIH que pudiera explicar las características clínicas.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A) Los criterios generales de demencia (G1 a G4) deben darse.
- B) Un diagnóstico de infección por VIH ha sido claramente establecido.
- C) No hay evidencia por la historia, los exámenes físicos u otras investigaciones especiales, de otras posibles causas de demencia, incluyendo otras formas de enfermedad cerebral, daño o disfunción (por ejemplo; enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, hidrocefalia a presión normal), un trastorno sistémico (por ejemplo; hipotiroidismo, déficit de vitamina B12 o ácido fólico, hipercalcemia) o abuso de alcohol o drogas.

F02.8* Demencia en enfermedades especificadas clasificadas en otra parte

Criterios Diagnósticos de Investigación

La demencia puede darse como una manifestación o consecuencia de una variedad de estados cerebrales y somáticos. El agente causal debe también especificarse.

Incluye: Demencia en:

- Lipidosis cerebral (E75.-)
- Epilepsia (G40.-)
- Degeneración hepatolenticular (E83.0)
- Hipercalcemia (E83.5)
- Hipotiroidismo adquirido (E01, E03.-)



Intoxicaciones (T36-T65)
 Esclerosis múltiple (G35)
 Neurosífilis (A52.1)
 Deficiencia de niacina (pelagra) (E52)
 Poliarteritis nodosa (M30.0)
 Lupus eritematoso sistémico (M32.-)
 Tripanosomiasis africana (B56.-), americana (B57.-)
 Deficiencia de vitamina B12 (E53.8)

F03 Demencia no Especificada

Criterios Diagnósticos de Investigación

Esta categoría debe usarse cuando los criterios generales de demencia se cumplen, pero no es posible identificar uno de los tipos específicos (F00.0-F02.9).

Incluye: Demencia presenil sin especificación
 Psicosis presenil sin especificación
 Demencia degenerativa primaria sin especificación
 Demencia senil sin especificación
 Demencia senil tipo depresivo o tipo paranoide
 Psicosis senil sin especificación
 Psicosis presenil sin especificación

Excluye: Demencia senil con delirium o estado confusional agudo (F05.1)
 Senilidad sin especificación (R54)

F04 Síndrome Amnésico Orgánico no Inducido por Alcohol o por Otras Sustancias Psicoactivas

Síndrome de deterioro importante de la memoria reciente y de evocación, mientras que se conserva la memoria inmediata, con reducción de la capacidad de aprendizaje de nuevos materiales y desorientación temporal. La confabulación puede ser un rasgo notorio de este cuadro, pero habitualmente se conservan la percepción y otras funciones cognitivas, entre ellas la inteligencia. El pronóstico depende de la evolución de la lesión primaria.

Incluye: Psicosis o síndrome de Korsakov, no alcohólicos

Excluye: Amnesia sin especificación (R41.3)
 Amnesia anterógrada (R41.1)
 Amnesia disociativa (F44.0)
 Amnesia retrógrada (R41.2)
 Síndrome de Korsakov inducido por alcohol o sin especificación (F10.6)
 Síndrome de Korsakov inducido por otras sustancias psicoactivas (F11-F19 con cuarto carácter común .6)

Criterios Diagnósticos de Investigación

A. Alteración de la memoria, que se manifiesta por los dos criterios siguientes:

- 1) deterioro de la memoria para hechos recientes (alteración del aprendizaje de nuevo material), con un grado suficiente para interferir la vida diaria;
- 2) reducción de la capacidad de recordar experiencias pasadas.



B. Ausencia de:

- 1) déficit de la memoria inmediata (verificable, por ejemplo, mediante la prueba de repetición de dígitos);
- 2) obnubilación de la conciencia o trastorno de la atención, como se define en F05, criterio A;
- 3) deterioro intelectual global (demencia).

C. Presencia objetiva (por las exploraciones clínica, neurológica y complementarias) o antecedentes de traumatismo o enfermedad cerebral (especialmente aquellos que afectan de un modo bilateral al diencéfalo y a las estructuras temporales mediales, excluyendo la encefalopatía alcohólica) las cuales pueden razonablemente considerarse como responsables de las manifestaciones clínicas descritas en A.

Anotación Latinoamericana

El texto del glosario oficial de la CIE-10, al expresar “pero habitualmente se conservan la percepción y otras funciones cognoscitivas, entre ellas la inteligencia”, no deja bien claro el hecho de que el diagnóstico de esta entidad es compatible con cierto grado de deterioro cognoscitivo, pero no con una merma lo suficientemente intensa en estas funciones como para satisfacer los criterios diagnósticos de Demencia: El texto quedaría mejor de la siguiente manera:

“La percepción y otras funciones cognoscitivas, incluyendo la inteligencia no están lo suficientemente afectadas, como para satisfacer el criterio G2 de demencia”.

F05 Delirium no Inducido por Alcohol o por Otras Sustancias Psicoactivas

Síndrome orgánico cerebral, de etiología inespecífica, caracterizado por perturbaciones simultáneas de la conciencia y la atención, de la percepción, del pensamiento, de la memoria, del comportamiento psicomotor, de la emoción y del ciclo sueño-vigilia. Su duración es variable y su gravedad fluctúa de leve a muy severa.

- Incluye:** Síndrome orgánico cerebral o encefálico, agudo o subagudo
Estado confusional agudo o subagudo (no alcohólico)
Psicosis infecciosa aguda o subaguda
Reacción orgánica aguda o subaguda
Síndrome psico-orgánico agudo o subagudo

Excluye: Delirium tremens, inducido por alcohol o sin especificación (F10.4)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Enturbiamiento de la conciencia, por ejemplo claridad reducida del conocimiento del medio, con habilidad reducida para focalizar, sostener o cambiar la atención.
- B. Trastornos de la cognición, que se manifiestan por:
 - 1) deterioro de la memoria inmediata y reciente, con mantenimiento relativamente intacto de la memoria remota;
 - 2) desorientación en tiempo, espacio o persona.



- C. Al menos una de las siguientes alteraciones psicomotrices:
- 1) cambios rápidos e imprevistos de hipo a hiperactividad;
 - 2) incremento del tiempo de reacción;
 - 3) incremento o disminución del flujo del habla;
 - 4) acentuación de las reacciones de sorpresa.
- D. Trastornos en el ciclo sueño-vigilia, que se manifiestan por al menos uno de los siguientes síntomas:
- 1) insomnio, que en los casos graves puede llegar a ser una pérdida completa del sueño, con o sin somnolencia diurna, o inversión del ciclo sueño-vigilia;
 - 2) empeoramiento vespertino de los síntomas;
 - 3) sueños desagradables o pesadillas que pueden prolongarse durante la vigilia en forma de alucinaciones o ilusiones
- E. Instauración súbita y fluctuaciones diurnas del curso de los síntomas.
- F. Antecedentes o datos objetivos en las exploraciones clínicas, neurológicas y complementarias (por ejemplo: anomalías electroencefalográficas, en especial el característico pero no invariable enlentecimiento de la actividad de fondo) de una enfermedad cerebral o sistémica subyacente (excluyendo los trastornos por consumo de alcohol o drogas) que pudiera razonablemente ser considerada como responsable de los síndromes clínicos de A a D.

F05.0 Delirium no superpuesto a un cuadro de demencia

Anotación Latinoamericana

El término “estado confusional (delirium) no superpuesto a demencia” aclararía la verdadera fenomenología del trastorno.

F05.1 Delirium superpuesto a un cuadro de demencia

Afecciones que cumplen con los criterios antes descritos, pero que se desarrollan en el curso de una demencia, clasificada en F00-F03.

Anotación Latinoamericana

El término “estado confusional (delirium) superpuesto a demencia” reflejaría mejor la fenomenología de este trastorno.

F05.8 Otro delirium

Incluye: Delirium de etiología mixta

Anotación Latinoamericana

El término “otros estados confusionales o de delirium” reflejarían mejor la naturaleza de estos trastornos.



F05.9 Delirium no especificado

Anotación Latinoamericana

El término “estados confusionales o de delirium, sin especificación” es más apropiado para designar este grupo de trastornos.

F06 Otros Trastornos Mentales Debidos a Lesión o Disfunción Cerebral o a Enfermedad Física

Esta categoría incluye una variedad de afecciones relacionadas causalmente con un trastorno cerebral debido a una enfermedad cerebral primaria, a una enfermedad sistémica que afecta secundariamente al cerebro, a hormonas o sustancias tóxicas exógenas, a trastornos endocrinos, o a otras enfermedades somáticas.

Excluye: Trastornos mentales asociados con delirium (F05.-)
Trastornos mentales asociados con demencia (F00-F03)
Trastornos mentales inducidos por el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas (F10-F19)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- G1. Antecedentes o datos objetivos en las exploraciones clínicas, neurológicas y complementarias de una enfermedad, daño o disfunción cerebral o sistémica subyacente de la que se sabe que puede producir disfunción cerebral, incluyendo alteraciones hormonales (se excluyen los trastornos por consumo de alcohol o drogas).
- G2. Presunta relación entre la aparición o exacerbación de la enfermedad, lesión o disfunción subyacente y el inicio del trastorno mental con independencia del trastorno que aparezca en primer lugar.
- G3. Remisión o mejoría significativa del trastorno mental cuando desaparece o mejora la supuesta causa subyacente.
- G4. Ausencia de otra posible etiología del trastorno mental, por ejemplo, antecedentes familiares, muy cargados de trastornos similares o relacionados.

Si se satisfacen los criterios G1, G2 y G4, puede asumirse provisionalmente una relación causal; la certeza del diagnóstico aumenta considerablemente si el criterio G3 está también presente.

Anotación Latinoamericana

Aunque sin mayor importancia en términos diagnósticos, la codificación de esta categoría y las subcategorías respectivas resulta inconsistente con la organización general de la CIE-10 que suele asignar el dígito 8 al término “Otros”. Como consecuencia de esto, se notará que, en efecto, no existe una categoría F08 dentro de esta clase. La GLADP-VR ha mantenido esta codificación, para ser consistente con la organización taxonómica de la CIE-10; pero es claro que esta inconsistencia deberá corregirse en versiones ulteriores, si esta codificación alfanumérica se va a mantener.



F06.0 Alucinosis orgánica

Trastorno con alucinaciones persistentes o recurrentes, habitualmente visuales o auditivas, que ocurren en estado de plena conciencia, y que pueden ser o no ser reconocidas como tales por la persona afectada. Puede haber elaboración delusiva de las alucinaciones, sin que las delusiones sean lo que predomine en el cuadro clínico; el discernimiento puede conservarse.

Incluye: Estado alucinatorio orgánico (no alcohólico)

Excluye: Alucinosis alcohólica (F10.5)
Esquizofrenia (F20.-)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Debe satisfacerse los criterios generales de F06, de un modo completo o parcial.
- B. El cuadro clínico está dominado por alucinaciones persistentes o recurrentes (generalmente visuales o auditivas).
- C. Las alucinaciones se presentan en un estado de claridad de la conciencia.

F06.1 Trastorno catatónico orgánico

Trastorno en el que actividad psicomotriz se haya disminuida (estupor) o aumentada (excitación), asociado con síntomas catatónicos. Lo dos extremos de la excitación psicomotriz pueden alternarse.

Excluye: Esquizofrenia catatónica (F20.2)
Estupor sin especificación (R40.1)
Estupor disociativo (F44.2)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Debe satisfacerse los criterios generales de F06.
- B. Uno de los siguientes síntomas debe estar presente.
 - 1) Estupor, caracterizado por la disminución o la ausencia total de los movimientos voluntarios y del lenguaje, así como de la respuesta normal a la luz, al ruido y al tacto; todo ello, con conservación del tono muscular, de la postura estática y de los movimientos respiratorios (a menudo con limitación de los movimientos oculares coordinados).
 - 2) Negativismo (definido como resistencia activa a los movimientos pasivos de los miembros o del cuerpo, o por la presencia de posturas rígidas mantenidas).
- C. Agitación catatónica (gran inquietud de movimientos de aspecto caótico con o sin tendencias agresivas).
- D. Alternancia rápida e imprevisible de estupor y agitación.

F06.2 Trastorno esquizofreniforme o de ideas delusivas orgánico

Trastorno en el cual dominan, en el cuadro clínico, delusiones persistentes o recurrentes que pueden acompañarse de alucinaciones. Puede haber algunos rasgos sugerentes de esquizofrenia, como alucinaciones estafalarias y trastornos del pensamiento.



Incluye: Estados paranoides y estados alucinatorios paranoides orgánicos.

Psicosis esquizofreniforme en la epilepsia.

Excluye: Trastorno psicótico agudo y transitorio (F23.-).

Trastorno delusional persistente (F22.-).

Trastorno psicótico debido al consumo de sustancias psicoactivas (Flx.5).

Esquizofrenia (F20.-).

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Debe satisfacerse los criterios generales de F06.
- B. El cuadro clínico está dominado por delusiones (de persecución, de transformación corporal, de enfermedad, de muerte o de celos) que puede presentar grados variables de sistematización.
- C. La conciencia es clara y la memoria permanece intacta.

F06.3 Trastornos del humor afectivos orgánicos

Trastornos caracterizados por un cambio del humor o de la afectividad, habitualmente acompañados de un cambio en el nivel general de actividad, sea éste depresivo, hipomaniaco, maníaco o bipolar (véase F30-F32), pero que surgen como consecuencia de un trastorno orgánico.

Excluye: Trastornos del humor no orgánicos o sin especificar (F30-F39)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Debe satisfacerse los criterios generales del F06.
- B. El cuadro debe satisfacer los criterios de alguno de los trastornos del humor (afectivos) expuestos en F30-F32*.

Se puede especificar el diagnóstico del trastorno del humor mediante un quinto dígito:

F06.30 Trastorno maníaco orgánico

F06.31 Trastorno bipolar orgánico

F06.32 Trastorno depresivo orgánico

F06.33 Trastorno del humor (afectivo) mixto orgánico

F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico

Trastorno que se caracteriza por la aparición de los rasgos descriptivos esenciales de un trastorno de ansiedad generalizada (F41.1), o de un trastorno de pánico (F41.0), o de una combinación de ambos, pero que surge como consecuencia de un trastorno orgánico.

Excluye: Trastornos de ansiedad no orgánicos o no especificados (F41.-)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Debe satisfacerse los criterios generales de F06.
- B. El cuadro debe satisfacer los criterios de F41.0 ó F41.1.*



F06.5 Trastorno disociativo orgánico

Trastorno caracterizado por una pérdida parcial o total de la integración normal entre los recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad y las sensaciones inmediatas, como también del control de los movimientos corporales (véase F44.-), pero que surge como consecuencia de un trastorno orgánico.

Excluye: Trastornos disociativos (de conversión) no orgánicos o sin especificación (F44.-)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Debe satisfacerse los criterios generales de F06.
- B. El cuadro debe satisfacer los criterios de una de las subcategorías F44.0-F44.8*.

Anotación Latinoamericana

*El asterisco al criterio B de las categorías F06.3 a F06.5 debiera identificar el siguiente texto: ...,

“excepto el relativo a la ausencia de una causa orgánica”

F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico

Trastorno caracterizado por incontinencia o labilidad emocional, fatigabilidad y por una diversidad de sensaciones físicas desagradables (por ejemplo, vértigo) y dolores, pero que surge como consecuencia de un trastorno orgánico.

Excluye: Trastornos somatomorfos no orgánicos o sin especificación (F45.-)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Debe satisfacerse los criterios generales de F06.
- B. El cuadro clínico está dominado por una labilidad emocional (expresión descontrolada, inestable y fluctuante de las emociones).
- C. Presencia de una gran variedad de sensaciones corporales desagradables, como mareos, dolores o parestesias.

F06.7 Trastorno cognoscitivo leve

Trastorno caracterizado por deterioro de la memoria, dificultades de aprendizaje y habilidad reducida para concentrarse en una tarea más allá de períodos breves. Se encuentra frecuentemente un marcado sentimiento de fatiga mental para acometer el trabajo intelectual, y la adquisición de aprendizajes es percibida como subjetivamente difícil, aun cuando objetivamente se tenga éxito. Ninguno de estos síntomas es tan grave como para hacer el diagnóstico de demencia (F00-F03) o delirium (F05.-). Este diagnóstico debe hacerse sólo en asociación con un trastorno físico especificado, y no debe hacerse en presencia de cualquiera de los trastornos mentales o del comportamiento, clasificados en F10-F99. El trastorno puede anteceder, acompañar o presentarse después de una amplia variedad de infecciones y trastornos físicos, tanto cerebrales como sistémicos, pero la evidencia de afectación cerebral no está necesariamente presente. Puede diferenciarse del síndrome postencefálico (F07.1)



y del síndrome postconcusional (F07.2) por su etiología diferente, un menor rango de síntomas generales leves y usualmente una menor duración.

Criterios Diagnósticos de Investigación

Nota: Aunque la naturaleza de este trastorno es discutida, ha sido incluido con la esperanza de hacer posibles estudios de fiabilidad, para poder diferenciarlo mejor de otros trastornos más definidos como demencia (F00- F03), síndrome amnésico orgánico (F04), delirium (F05) y varios de los trastornos del apartado F07.

- A. Debe satisfacerse los criterios generales de F06.
- B. Presencia la mayor parte del tiempo, durante al menos dos semanas, según información proporcionada por el paciente mismo o por una persona fiable, de una alteración en la función cognoscitiva, caracterizada por dificultades en una de las siguientes áreas:
 - 1) Memoria (particularmente recordar) y aprendizaje nuevo.
 - 2) Concentración o atención.
 - 3) Pensamiento (por ejemplo, en abstracción o en solución de problemas).
 - 4) Lenguaje (por ejemplo, en comprensión, identificación de palabras, etc.).
 - 5) Funcionamiento viso-espacial.
- C. Anormalidad o declive en la ejecución de evaluaciones cognoscitivas cuantificadas (por ejemplo, pruebas neuropsicológicas o examen del estado mental).
- D. Ninguna de las dificultades listadas en el criterio B (1 al 5), es de tal magnitud que permita formular un diagnóstico de demencia (F00 a F03), trastornos amnésicos (F04), delirium (F05), síndrome postencefálico (F07.1), síndrome postconcusional (F07.2), u otros trastornos cognoscitivos persistentes debidos al uso de sustancias psicoactivas (F1x.74).

Anotación Latinoamericana

Se corrigió la traducción del Criterio D

F06.8 Otros trastornos mentales especificados debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad física

Incluye: Psicosis epiléptica sin especificación.

Criterios Diagnósticos de Investigación

Ejemplos de esta subcategoría son los estados del humor anormales transitorios o leves que no cumplen criterios de trastorno del humor (afectivo) orgánico (F06.3) y que se dan durante el tratamiento con esteroides o antidepresivos.

F06.9 Trastorno mental no especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad física

Incluye: Síndrome cerebral orgánico sin especificación
Trastorno mental orgánico sin especificación



F07 Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento Debidos a Enfermedad, Lesión o Disfunción Cerebral

La alteración de la personalidad y del comportamiento puede ser un trastorno residual o concomitante a la enfermedad, a la lesión o a una disfunción cerebral.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- G1. Antecedentes o datos objetivos en las exploraciones clínicas, neurológicas y complementarias de una enfermedad, lesión o disfunción cerebral.
- G2. Ausencia de obnubilación de la conciencia y de deterioro mnésico significativo.
- G3. Ausencia de otra posible causa del trastorno de la personalidad o el comportamiento que pudiera justificar su clasificación en la sección F6.

Anotación Latinoamericana

Los criterios de investigación de esta categoría deben empezar por señalar la existencia de evidencia de un trastorno de la personalidad y el comportamiento y complementarlo con otros criterios de inclusión y de exclusión.

El criterio G1 debería convertirse en G2 y señalar que los antecedentes o datos subjetivos de una lesión cerebral "...que sea capaz de explicar la alteración percibida en la personalidad del individuo".

F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad

Este trastorno se caracteriza por una alteración significativa del patrón habitual del comportamiento que exhibía la persona antes de la enfermedad, y que afecta a la expresión de las emociones, de las necesidades y de los impulsos. También pueden formar parte del cuadro clínico el deterioro de la actividad cognoscitiva y del pensamiento, y la alteración de la sexualidad.

Incluye: Personalidad orgánica pseudopsicopática
 Personalidad orgánica pseudorretrasada
 Síndrome del lóbulo frontal
 Síndrome de personalidad de la epilepsia límbica
 Síndrome postlobotomía
 Síndrome postleucotomía

Excluye: Transformación persistente de la personalidad después de experiencia catastrófica (F62.0)
 Transformación persistente de la personalidad después de enfermedad psiquiátrica (F62.1)
 Síndrome postconvulsional (F07.2)
 Síndrome postencefalítico (F07.1)
 Trastornos específicos de la personalidad (F60.-)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Debe satisfacerse los criterios generales de F07.
- B. Al menos tres de los siguientes criterios deben estar presentes durante un período de seis a más meses:



- 1) Una capacidad constantemente reducida para mantener actividades orientadas a un fin, concretamente aquellas que implican períodos largos de tiempo o gratificaciones mediatas.
- 2) Alteraciones emocionales, caracterizadas por uno o varios de los siguientes síntomas: a) labilidad emocional (expresión emocional descontrolada, inestable y fluctuante), b) euforia y simpatía superficial e injustificada, expresiones inadecuadas de júbilo, c) cambios rápidos hacia la irritabilidad o hacia manifestaciones súbitas de ira y agresividad y d) apatía.
- 3) Desinhibición de la expresión de necesidades y de impulsos, que tienden a presentarse sin tomar en consideración sus consecuencias o molestias sociales (el sujeto puede llevar a cabo actos antisociales tales como robos, conductas sexuales inadecuadas, comer vorazmente o no mostrar preocupación por su higiene y aseo personales).
- 4) Trastornos cognoscitivos en forma de: a) suspicacia excesiva o ideas paranoides, b) preocupación excesiva por un tema único, por ejemplo, la religión, la categorización rígida de las personas en “buenas” y “malas”.
- 5) Una marcada alteración en el ritmo y flujo del lenguaje, con rasgos tales como circunstancialidad, “sobreinclusividad”, pegajosidad e hipergrafía.
- 6) Una alteración del comportamiento sexual (disminución de la sexualidad o cambio del objeto de preferencia sexual).

Especificación de los rasgos de posibles subtipos

Opción 1: Se piensa que el predominio marcado de 1) y 2d) definen un tipo pseudoinhibido o apático; el predominio de 1), 2c) y 3) definiría un tipo pseudopsicopático y la combinación de 4), 5) y 6) se considera característica del trastorno de personalidad de la epilepsia límbica. Ninguna de estas entidades ha sido aún suficientemente validada para justificar su descripción por separado.

Opción 2: Si se desea, se puede especificar los siguientes subtipos: tipo lábil, tipo desinhibido, tipo agresivo, tipo apático, tipo paranoide, mixto y otros.

Anotación Latinoamericana

Los criterios diagnósticos de esta categoría deben enfatizar el hecho de que los cambios ocurridos en la personalidad del paciente son de carácter permanente, estable y global; es decir, el paciente experimenta un cambio lo suficientemente generalizado, estable y duradero como para indicar una verdadera transformación de la manera de ser del sujeto. Esto exige un criterio temporal de inclusión, en el sentido de que los síntomas indicativos de un cambio en la personalidad debieran durar no menos de 3 años. Esto lo haría consistente con los trastornos de personalidad en general y permitiría diferenciarlo del síndrome postencefálico, que puede provocar diversos síntomas, pero que son generalmente reversibles (ver F07.1)

F07.1 Síndrome postencefálico

Cambio residual, no específico y variable del comportamiento, que aparece después de la recuperación de una encefalitis viral o bacteriana. El síndrome es



reversible, lo cual constituye su diferencia principal con respecto a los trastornos de la personalidad de origen orgánico.

Excluye: Trastorno de la personalidad orgánico (F07.0)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Debe satisfacerse los criterios generales de F07.
- B. Presencia de por lo menos uno de los siguientes signos neurológicos residuales:
 - 1) parálisis;
 - 2) sordera;
 - 3) afasia;
 - 4) apraxia construccional;
 - 5) acalculia.
- C. El síndrome es reversible y su duración raramente excede los 24 meses.

F07.2 Síndrome postconcusional

Este síndrome aparece después de un traumatismo en la cabeza (habitualmente de gravedad suficiente como para haber producido una pérdida de conciencia) y comprende un número de síntomas disímiles, tales como cefalea, vértigo, fatiga, irritabilidad, dificultad para la concentración y para la ejecución de actividades mentales, deterioro de la memoria, insomnio y reducción de la tolerancia al estrés, a la excitación emocional y al alcohol.

Incluye: Síndrome (encefalopatía) postconcusional
Síndrome cerebral post-traumático no psicótico

Criterios Diagnósticos de Investigación

Nota: La situación nosológica de este síndrome no está suficientemente clara y el criterio G1 de la introducción a este apartado no es siempre constatable. Sin embargo, para las investigaciones sobre este cuadro, se recomiendan los siguientes criterios:

- A. Debe satisfacerse los criterios generales de F07.
- B. Antecedentes de un traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia que precede a la aparición de los síntomas en un período de hasta cuatro semanas (el E.E.G., las técnicas de neuroimagen y la oculonistagmografía pueden no aportar evidencia objetiva de lesión cerebral).
- C. Al menos tres de los siguientes criterios:
 - 1) Quejas de sensaciones molestas y dolores, de los cuales los más frecuentes son: cefalea, mareo (generalmente sin las características del vértigo verdadero), malestar general y cansancio excesivo e intolerancia al ruido.
 - 2) Cambios emocionales, entre ellos: irritabilidad, labilidad emocional fácilmente provocable y exacerbada en situaciones de estrés y tensión emocional, y cierto grado de depresión o ansiedad.
 - 3) Quejas subjetivas de dificultades de concentración y de memoria o de poder realizar operaciones mentales sin que éstas se acompañen de presencia objetiva de un deterioro marcado (por ejemplo en los tests psicológicos).



- 4) Insomnio.
- 5) Tolerancia disminuida al alcohol.
- 6) Preocupación por los síntomas referidos y temor de padecer una lesión cerebral permanente. Pueden llegar a presentarse ideas sobrevaloradas de carácter hipocondríaco. La persona puede adoptar un papel de enfermo.

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR ha traducido el término inglés “concussion” como “concusión” y no como conmoción.

Debe incluirse otros traumatismos no directos sobre el cráneo (Vg. ondas expansivas y descargas eléctricas).

F07.8 Otros trastornos orgánicos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebrales

Incluye: Trastorno del humor (afectivo) orgánico por lesión del hemisferio derecho

Criterios Diagnósticos de Investigación

La enfermedad, el daño o la disfunción cerebral pueden producir una variedad de trastornos cognitivos, emocionales, de la personalidad y del comportamiento, alguno de los cuales no pueden clasificarse bajo el título precedente. Sin embargo, cuando la situación nosológica de un síndrome provisional de esta área es incierto debería codificarse como “otros”. Un quinto dígito puede añadirse, si fuera necesario, para identificar entidades individuales supuestas.

Anotación Latinoamericana

Este término diagnóstico debe incluir la expresión “especificados”, para indicar el tipo de síndrome, con características clínicas específicas y definitorias, pero que no corresponde a ninguno de los previamente descritos en otros epígrafes. Vg. el trastorno afectivo orgánico de la personalidad por lesión del hemisferio derecho. Tarangano et al., (2009) proponen la utilización del término Deterioro Conductual Leve para referirse a la presencia de un síndrome de aparición tardía caracterizado por cambios conductuales y síntomas psiquiátricos leves, especialmente desinhibición; problemas cognitivos no serios; actividades normales de la vida diaria y ausencia de demencia. Hallazgos de estudios de seguimiento de este síndrome predicen un mayor riesgo de demencia en comparación con el deterioro cognitivo leve.

F07.9 Trastorno orgánico de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral, no especificado

Incluye: Psicosis orgánica



F09 Trastorno Mental Orgánico o Sintomático no Especificado

Incluye: Psicosis orgánica sin especificación
Psicosis sintomática sin especificación

Excluye: Psicosis sin especificación (F29)



CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES CIE-10 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F10-F19)

Índice de esta Sección

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS SÍNDROMES DE CUARTO CARÁCTER

Las siguientes subdivisiones de cuarto carácter son para ser usadas con las categorías F10-F19:

Código	SÍNDROME	Página
.0	Intoxicación aguda	123
.1	Uso nocivo (uso perjudicial)	124
.2	Síndrome de dependencia	125
.3	Estado de abstinencia	127
.4	Estado de abstinencia con delirium	127
.5	Trastorno psicótico	128
.6	Síndrome amnésico	128
.7	Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío	129
.8	Otros trastornos mentales y del comportamiento	131
.9	Trastorno mental y del comportamiento no especificado	132

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
--------	------------------------------------	--------

F10	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Alcohol	133
F10.0	Intoxicación aguda por alcohol	133
	F10.07 Intoxicación patológica por alcohol	134
F10.1	Uso nocivo de alcohol	135
F10.2	Síndrome de dependencia del alcohol	135
F10.3	Estado de abstinencia por alcohol	135
F10.4	Estado de abstinencia con delirium, debido al uso de alcohol	136
F10.5	Trastorno psicótico debido al uso de alcohol	137
F10.6	Síndrome amnésico debido al uso de alcohol	138
F10.7	Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío debido al uso de alcohol	139
F10.8	Otros trastornos mentales y del comportamiento especificados debidos al uso de alcohol	139
F10.9	Trastorno mental y del comportamiento debido al uso de alcohol no especificado	140



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F11	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Opiáceos	140
F11.0	Intoxicación aguda por opiáceos	140
F11.1	Uso nocivo de opiáceos	141
F11.2	Síndrome de dependencia de opiáceos	141
F11.3	Estado de abstinencia por opiáceos	142
F12	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Cannabinoides	142
F12.0	Intoxicación aguda por cannabinoides	142
F12.3	Estado de abstinencia por cannabinoides	143
F13	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Sedantes o Hipnóticos	143
F13.0	Intoxicación aguda por sedantes o hipnóticos	143
F13.3	Estado de abstinencia por sedantes o hipnóticos	144
F14	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Cocaína	145
F14.0	Intoxicación aguda por cocaína	145
F14.3	Estado de abstinencia por cocaína	147
F15	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Otros Estimulantes, Incluida la Cafeína	148
F15.0	Intoxicación aguda por otros estimulantes, incluida la cafeína	148
F15.3	Estado de abstinencia por otros estimulantes, incluida la cafeína	149
F16	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Alucinógenos	150
F16.0	Intoxicación aguda por alucinógenos	150
F16.3	Estado de abstinencia por alucinógenos	151
F17	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Tabaco	152
F17.0	Intoxicación aguda por tabaco (nicotina)	152
F17.3	Estado de abstinencia por tabaco	152
F18	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Disolventes Volátiles	153
F18.0	Intoxicación aguda por disolventes volátiles	153
F18.3	Estado de abstinencia por disolventes volátiles	154
F19	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Múltiples Drogas o de Otras Sustancias Psicoactivas	154
F19.0	Intoxicación aguda grave por múltiples drogas y por otras sustancias psicoactivas	154



INTRODUCCIÓN A LA SECCIÓN

Este grupo incluye una gran diversidad de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, pero todos atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas, las cuales pueden o no haber sido prescritas por el médico. La sustancia en cuestión se indica por medio del tercer carácter, mientras los códigos del cuarto carácter especifican el cuadro clínico. Los códigos deben usarse para cada sustancia especificada, según sea necesario, pero debe notarse que no todos los códigos de cuarto carácter son aplicables a todas las sustancias.

La identificación de la sustancia psicoactiva debe basarse en la mayor cantidad posible de fuentes de información. Estas incluyen el informe del paciente, análisis de la sangre y otros líquidos corporales, síntomas característicos físicos y psicológicos, signos clínicos y del comportamiento y otra evidencia, tal como la droga que posee el paciente, o declaraciones de terceras personas bien informadas. Muchas personas que utilizan drogas toman más de una sustancia psicoactiva. El diagnóstico principal debería clasificarse, siempre que sea posible, de acuerdo con la sustancia o grupo de sustancias que ha causado o ha contribuido más al síndrome clínico que se presenta. Los otros diagnósticos deben codificarse cuando se han tomado otras drogas en cantidades tóxicas (cuarto carácter común .0) o en cantidades suficientes para causar daño (cuarto carácter común .1), dependencia (cuarto carácter común .2) u otros trastornos (cuarto carácter común .3-.9)

Sólo debe usarse el código de diagnóstico de trastornos resultantes del uso de múltiples drogas (F19.-) en los casos en los que los patrones de uso de drogas psicoactivas son caóticos e indiscriminados o en los que las contribuciones de diferentes drogas psicoactivas están mezcladas inseparablemente.

Excluye: abuso de sustancias que no producen dependencia (F55)

Anotación Latinoamericana

Esta sección está organizada en torno a dos ejes: a) los grupos de drogas psicoactivas involucradas en la producción de trastornos mentales y del comportamiento; y b) los tipos de trastornos mentales y del comportamiento asociados a su uso. Un serio problema en la organización de esta sección es la incongruencia entre el índice de la sección y la organización de categorías diagnóstica en el texto original publicado por la OMS. El grupo de trabajo de la CIE-10 confirió el status de categorías diagnósticas a diez diferentes grupos de drogas, y dejó los diez tipos de trastornos asociados a su uso como subdivisiones de 4º carácter.

La GLADP-VR propone que las categorías diagnósticas, en sus tres primeros caracteres, deberían referirse a los trastornos y no a las drogas. Esto sería más coherente con el sistema fenomenológico, con el listado de las categorías y el índice alfabético, puesto que las descripciones en el texto están referidas a los tipos de trastornos. Por otro lado, si se decide mantener la subdivisión de categorías diagnósticas sobre la base de las drogas implicadas – quizá con el fin de conferir a la clasificación de estos trastornos un carácter etiológico o por su interés epidemiológico – tiene que organizarse el texto de tal manera que sea identificable el sitio en que tales trastornos están descritos y agrupados.



Por ejemplo, si se elige mantener la categoría de “trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol”, este grupo debe ser descrito como una unidad, en vez de distribuirlo a lo largo de los diferentes tipos de síndromes.

En la GLADP-VR esta sección se ha mantenido organizada en torno a las drogas implicadas en la etiología de estos problemas, con el propósito de cumplir con los acuerdos del grupo de trabajo de la GLADP-VR de que no se modificaría de manera significativa el texto de la CIE-10. Sin embargo, se ha reorganizado la posición de las categorías y subcategorías diagnósticas de tal manera que los trastornos provocados por cada droga son tratados como una unidad y no dispersos a lo largo de todo el texto. Así, los trastornos provocados por el uso de alcohol son tratados como una unidad, empezando por la intoxicación aguda por alcohol, seguida del uso nocivo de alcohol, el síndrome de dependencia al alcohol, etc. A continuación, se trata los trastornos provocados por el uso de opiáceos, y así sucesivamente, hasta agotar toda la sección.

Para poder hacer esto de una manera consistente, dada la arquitectura inicial elegida por el grupo de trabajo de la CIE-10, ha sido necesario describir las características clínicas y los Criterios Diagnósticos de Investigación de cada uno de los síndromes provocados por las diversas sustancias también como una sola unidad, al inicio de la sección. Así, se presenta al inicio de la sección la descripción clínica y los criterios de los diversos trastornos que cualquier sustancia psicoactiva puede provocar; verbigracia: intoxicación aguda, uso nocivo (perjudicial), síndrome de dependencia, etc., a los que el clínico deberá referirse cuando intente formular el diagnóstico de una condición provocada por una sustancia en particular.

Por su importancia como modelo de estos trastornos, los provocados por el alcohol han sido descritos de una manera más detallada en los epígrafes correspondientes. Nótese, por otro lado, que en atención a la necesidad de evitar repeticiones innecesarias, en los casos en que no se ofrecen claras descripciones clínicas o de investigación, se ha elegido no presentar una descripción específica de la categoría o subcategoría correspondiente, por lo que el clínico en necesidad de formular un diagnóstico determinado deberá recurrir a las descripciones generales de los trastornos en el caso de que no encuentre en el epígrafe correspondiente una descripción específica del trastorno asociado al uso de una sustancia determinada. Esto puede también influir el listado en la tabla de contenidos inicial, en la que podría no incluirse una categoría o subcategoría determinada.

En la nomenclatura de los trastornos de esta sección, con frecuencia se omite la frase calificativa “**debido al uso de [nombre de la sustancia psicoactiva]**”. Esto se entiende que es con el propósito de evitar repeticiones. Sin embargo, cuando en la práctica diaria el clínico formula y codifica el diagnóstico de una de estas condiciones, es importante que agregue esa frase, con el objeto de especificar claramente la asociación del trastorno del paciente con la o las sustancias psicoactivas implicadas.

Nótese también que trastornos importantes, inducidos por el uso de sustancias psicoactivas, tales como el trastorno del humor [no psicótico],



trastorno de ansiedad, disfunciones sexuales y trastornos del sueño, no son claramente especificados en esta clasificación. En presencia de uno de estos trastornos, se recomienda que se codifiquen como parte de **F1x.8, Otros trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas**.

Las pautas clínicas de la OMS incluyen, dentro de esta sección, la subcategoría **F1x.5, trastorno psicótico debido al uso de sustancias psicoactivas**, con un quinto carácter para especificar si hay un cuadro esquizofreniforme, con predominio de ideas delusivas, con predominio de alucinaciones, con predominio de síntomas polimorfos o con predominio de síntomas depresivos, maníacos o mixtos; en este último caso se trata, en todo caso, de trastornos del humor de nivel psicótico. Esto necesita resolverse en revisiones sucesivas del sistema.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS SÍNDROMES DE CUARTO CARÁCTER

F1x.0 Intoxicación aguda

Estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que da lugar a perturbaciones en el nivel de conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en la afectividad o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Las perturbaciones se relacionan directamente con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y se resuelven con el tiempo, con recuperación completa, excepto en los casos en los que hayan surgido daños tisulares u otras complicaciones. Entre las complicaciones puede contarse los traumatismos, la aspiración del vómito, el delirium, el coma, las convulsiones y otras complicaciones médicas. La naturaleza de estas complicaciones depende del tipo farmacológico de la sustancia utilizada y de la forma de administración.

Incluye: Embriaguez aguda en el alcoholismo

Embriaguez sin especificación

Intoxicación patológica

“Mal viaje” (drogas)

Trance y posesión en la intoxicación por sustancia psicoactiva

Criterios Diagnósticos de Investigación

- G1. Debe haber presencia clara de uso reciente de una o más sustancias psicoactivas en dosis lo suficientemente elevadas como para poder dar lugar a una intoxicación.
- G2. Debe haber síntomas o signos de intoxicación compatibles con el efecto de la sustancia (o sustancias), tal y como se especifica más adelante, y de la suficiente gravedad como para producir alteraciones en el nivel de conciencia, estado cognitivo, percepción, afectividad o comportamiento de relevancia clínica.
- G3. Los síntomas y signos no pueden ser explicados por ninguna enfermedad médica no relacionada con el uso de la sustancia, ni por otro trastorno mental o del comportamiento.



La intoxicación ocurre frecuentemente en personas que presentan además otros problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas. Se debe tener en cuenta problemas como el uso perjudicial (F1x.1), el síndrome de dependencia (F1x.2) o el trastorno psicótico (F1x.5).

Puede recurrirse a los quintos caracteres siguientes para indicar si la intoxicación aguda tiene alguna complicación:

- F1x.00 no complicada. Los síntomas varían según gravedad, habitualmente en relación con la dosis
- F1x.01 con traumatismo o lesión corporal
- F1x.02 con otras complicaciones médicas. Por ejemplo, hematemesis, aspiración del vómito
- F1x.03 con delirium
- F1x.04 con distorsiones de la percepción
- F1x.05 con coma
- F1x.06 con convulsiones
- F1x.07 Intoxicación patológica. Sólo aplicable al alcohol
- F1x.08 con complicaciones sociales
(accidentes, agresiones, transgresiones de leyes y normas ético-morales)

Anotación Latinoamericana

El uso de la categoría F1x.02 para especificar “otras complicaciones médicas” es inconsistente con la guía general de la CIE-10, que prescribe el uso del numeral 8 para “otros”. De modo que se sugiere cambiar esta codificación para hacerla consistente con el resto del texto de la CIE-10. Por ejemplo, podría utilizarse F1x.02 para indicar “complicaciones sistémicas y metabólicas”. De esta manera podría dejarse F1x.08 para “otras complicaciones, incluyendo complicaciones sociales (accidentes, agresiones, etc.).

Se ha agregado a la subcategoría **F1x.0 intoxicación aguda**, la frase calificativa complementaria **F1x.08, con complicaciones sociales** (accidentes, agresiones, transgresiones de leyes y normas ético-morales).

El concepto de “**Intoxicación patológica**” parece muy discutible en opinión de muchos especialistas en adicciones químicas latinoamericanos, por lo que se sugiere evitar su uso.

F1x.1 Uso nocivo

Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva, que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de hepatitis por la auto-administración de sustancias psicoactivas inyectables), o mental (por ejemplo, en los episodios de trastorno depresivo secundario a una ingestión masiva de alcohol).

Incluye: Abuso de sustancia psicoactiva.

Criterios Diagnósticos de Investigación

G1. Evidencia de que el uso de una sustancia ha causado al individuo un daño somático o alteraciones psicológicas incluyendo alteración del juicio o de la conducta,



que podrían llevar a discapacidad o tener consecuencias para las relaciones interpersonales.

- G2. La naturaleza del daño debe ser claramente identificable (y especificable).
- G3. La forma de uso ha persistido durante al menos un mes o se ha presentado reiteradas veces en un período de doce meses.
- G4. El trastorno no satisface criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con la misma droga en el mismo período de tiempo (excepto para intoxicación aguda, F1x.0).

F1x.2 Síndrome de dependencia

Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de la sustancia en cuestión, entre los cuales se cuentan característicamente los siguientes: un poderoso deseo de tomar la droga, un deterioro de la capacidad para autocontrolar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia a la droga y, a veces, un estado de abstinencia por dependencia física. Puede haber síndromes de dependencia de una sustancia específica psicoactiva (por ejemplo: tabaco, alcohol o diazepam), de una clase de sustancia (por ejemplo, drogas opioides), o de una variedad más amplia de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes.

Incluye: Alcoholismo crónico
Dipsomanía
Drogadicción

Crterios Diagnósticos de Investigación

- G1. Tres o más de las siguientes manifestaciones deben haber aparecido simultáneamente durante al menos un mes o, si han durado menos de un mes, deben aparecer simultáneamente en un período de doce meses:
 - 1) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir la sustancia
 - 2) Disminución de la capacidad para controlar el uso de la sustancia, unas veces para evitar el inicio del uso, otras para poder terminarlo y otras para controlar la cantidad consumida, como se evidencia por: tomar la sustancia durante más tiempo del que se pretendía, o por un deseo persistente o por esfuerzos para reducir el uso sin éxito.
 - 3) Un cuadro fisiológico de abstinencia (ver F1x.3 y F1x.4) cuando se consume menos sustancia o cuando se termina el uso, apareciendo el estado de abstinencia característico por la sustancia o uso de dicha sustancia (o alguna parecida) con la intención de evitar los síntomas de abstinencia.
 - 4) Evidencia de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como una necesidad de aumentar significativamente las cantidades de la sustancia necesaria para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o una marcada disminución del efecto con el uso de la misma cantidad de sustancia. En los estadios más



avanzados, puede suceder el fenómeno contrario: con una menor cantidad, se observa un aumento del efecto.

- 5) Preocupación con el uso de la sustancia, que se manifiesta por el abandono de otras fuentes de placer o diversiones en favor del uso de la sustancia; o en gran parte del tiempo empleado en obtener, tomar o recuperar los efectos de la sustancia.
- 6) Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales (ver F1x.1), como se evidencia por el uso continuado una vez que el individuo es consciente -o era presumible que lo fuera- con respecto a la naturaleza y amplitud del daño.

El diagnóstico síndrome de dependencia puede ser especificado mediante los siguientes códigos de cinco y seis caracteres:

- F1x.20 En la actualidad en abstinencia
- F1x.200 remisión temprana
- F1x.201 remisión parcial
- F1x.202 remisión completa
- F1x.21 En la actualidad en abstinencia en un medio protegido (p.e., hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.)
- F1x.22 En la actualidad en un régimen clínico supervisado de mantenimiento o sustitución supervisado (dependencia controlada) (p.e., con metadona, chicle de nicotina, parche de nicotina)
- F1x.23 En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (p.e. naltrexona o disulfiram)
- F1x.24 Con uso actual de la sustancia (dependencia activa)
 - F1x.240 sin síntomas somáticos
 - F1x.241 con síntomas somáticos

La evolución de la dependencia puede ser especificada si se desea, como sigue:

- F1x.25 Con uso continuo
- F1x.26 Con uso episódico (dipsomanía)

Anotación Latinoamericana

En la GLADP-VR se interpreta el criterio de investigación G1-5, como "Preocupación exagerada por priorizar el uso de la sustancia, que se manifiesta en el abandono de otras fuentes de gratificación y en el empleo de tiempo, recursos y esfuerzo considerables en el proceso de obtener y consumir la sustancia y en incrementar sus efectos."

El aumento de la tolerancia a la droga ocurre en las etapas iniciales del proceso; más tarde sucede lo contrario, por lo que el criterio 4 se ha modificado. Debe tomarse en cuenta que esto es característico en los problemas con el uso del alcohol pero no con cannabis, benzodiazepinas o tabaquismo. Con respecto a la remisión completa, según los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10, implica el no consumo por



espacio de 12 meses; sin embargo, estudios de seguimiento a largo plazo reportan períodos mínimos más prolongados de abstinencia certificada (sea un centro, un especialista y/o exámenes toxicológicos que lo sustenten), para que la probabilidad de recaídas sean muy baja. Un estudio de seguimiento en Colombia en pacientes dependientes de drogas que no incluían alcohol y opiáceos mostró que sólo después de 2 años la abstinencia era predictora de recuperación. Otros autores hablan de periodos hasta de 5 años para considerar la remisión completa, lo que es considerado aplicable tanto al alcohol como a las drogas ilegales (Almeida, 1962; Vaillant, 1983a, 1983b, 1996).

F1x.3 Estado de Abstinencia

Grupo de síntomas de gravedad y grado de integración variables, que aparecen durante la abstinencia absoluta o relativa de una sustancia psicoactiva, luego de una fase de utilización permanente de la misma. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia son de duración limitada y se relacionan con el tipo y con la dosis de la sustancia psicoactiva utilizada inmediatamente antes de la suspensión o de la disminución de su consumo. El estado de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- G1. Debe ser evidente la reciente suspensión o disminución en el consumo de la sustancia después de un uso repetido y habitualmente prolongado y/o a altas dosis de dicha sustancia,
- G2. Síntomas y signos compatibles con el conocido cuadro clínico de un estado de abstinencia de una sustancia o sustancias concretas (ver más adelante).
- G3. Los síntomas y signos no se justifican por ningún trastorno médico ni por ningún otro trastorno mental o del comportamiento.

El diagnóstico del estado de abstinencia puede concretarse más con un quinto dígito:

- F1x.30 No complicado
- F1x.31 Con convulsiones

F1x.4 Estado de abstinencia con delirium

Afección en la que el estado de abstinencia definido en el cuarto carácter común F1x.3 se complica con delirium según los criterios en F05. También se pueden presentar convulsiones. Cuando se considera que los factores orgánicos desempeñan también un papel en la etiología, la afección deberá clasificarse en F05.8.

Incluye: Delirium tremens (inducido por el alcohol)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- G1. Se deben satisfacer los criterios generales de estado de abstinencia (F1 x.3).
- G2. Se deben satisfacer los criterios para delirium (F05.-).



El diagnóstico de estado de abstinencia con delirium puede concretarse más con cinco caracteres:

- F1x.40 Sin convulsiones
- F1x.41 Con convulsiones

F1x.5 Trastorno psicótico

Conglomerado de fenómenos psicóticos que ocurren durante o después del consumo de la sustancia psicoactiva, pero que no se explican en función de una intoxicación aguda pura y que no forman parte de un estado de abstinencia. El trastorno se caracteriza por alucinaciones (auditivas, en forma característica, pero a menudo con más de una modalidad sensorial), por distorsiones perceptivas, por delusiones (a menudo de naturaleza paranoide o persecutoria), por perturbaciones psicomotrices (excitación o estupor) y por una afectividad anormal, que puede variar desde el temor intenso hasta el éxtasis. Habitualmente el sensorio se mantiene lúcido, pero puede haber cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega a la confusión grave.

Incluye: Alucinosis alcohólica
Celotipia alcohólica
Paranoia alcohólica
Psicosis alcohólica sin especificación

Excluye: Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por el alcohol u otras sustancias psicoactivas (F10-F19 con cuarto carácter común .7)

Crterios Diagnósticos de Investigación

- G1. Inicio de los síntomas psicóticos dentro de dos semanas de uso de sustancia.
- G2. Persistencia de los síntomas psicóticos más de 48 horas.
- G3. La duración del trastorno no debe exceder seis meses.

El diagnóstico de trastorno psicótico puede concretarse más con cinco caracteres:

- F1x.50 Esquizofreniforme
- F1x.51 Con predominio de ideas delusivas
- F1x.52 Con predominio de las alucinaciones (incluye la alucinosis alcohólica)
- F1x.53 Con predominio de síntomas polimorfos
- F1x.54 Con predominio de síntomas depresivos
- F1x.55 Con predominio de síntomas maníacos
- F1x.56 Trastorno psicótico mixto

Con fines de investigación se recomienda que el cambio del diagnóstico de no-psicótico a claramente psicótico se debe especificar como abrupto (comienzo en 48 horas) o agudo (comienzo en más de 48 horas, pero menos de dos semanas).

F1x.6 Síndrome amnésico

Síndrome asociado con un deterioro crónico relevante de la memoria reciente y de la memoria remota. Habitualmente se conserva el recuerdo inmediato y la memoria



reciente está característicamente más perturbada que la memoria remota. Por lo común son evidentes las perturbaciones del sentido del tiempo y de ordenamiento de los sucesos, como lo es también el deterioro de la capacidad de aprendizaje de nuevos materiales. La confabulación puede ser notoria, aunque no siempre aparece. Habitualmente, las demás funciones cognitivas se encuentran relativamente bien conservadas, en tanto que los defectos amnésicos son desproporcionados en relación con las demás perturbaciones.

Incluye: Psicosis o síndrome de Korsakov inducido por alcohol, u otras sustancias psicoactivas o no especificadas

Trastorno amnésico inducido por alcohol o drogas

Excluye: Psicosis o síndrome de Korsakov no alcohólico (F04)

Crterios Diagnósticos de Investigación

G1. Deterioro de memoria que se manifiesta por:

- 1) Déficit de memoria reciente (trastorno para el aprendizaje de material nuevo) en un grado que interfiere en la vida diaria; y
- 2) Disminución de la capacidad para recordar los hechos pasados.

G2. Están ausentes (o relativamente ausentes) los siguientes:

- 1) Déficit de la memoria inmediata (verificable, por ejemplo, mediante la prueba de repetición de dígitos).
- 2) Obnubilación de la conciencia y trastorno de la atención como se define en F05.-, contenido A.
- 3) Deterioro intelectual global (demencia).

G3. No hay evidencia objetiva en el examen físico y neurológico, pruebas de laboratorio, ni hay historia de trastorno cerebral (especialmente las que efectúan de un modo bilateral al diencéfalo y a las estructuras temporales mediales), los cuales pudieran razonablemente considerarse como responsables de las manifestaciones clínicas descritas en el apartado A.

F1x.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío

Trastorno en el cual los cambios cognitivos, de la afectividad, de la personalidad o del comportamiento inducidos por el alcohol o por sustancias psicoactivas, se prolongan más allá del período durante el cual podría asumirse razonablemente que está operando un efecto directamente relacionado con las mismas. El comienzo del trastorno debe estar directamente relacionado con el consumo de la sustancia psicoactiva. En los casos en que el comienzo del estado ocurra más tarde que el o los episodios del uso de dicha sustancia, será codificado aquí sólo cuando se dispongan de evidencias claras y firmes para atribuir ese estado a los efectos residuales de la sustancia psicoactiva. Las retrospectivas (*flashbacks*) deben ser diferenciadas del estado psicótico en parte por su naturaleza episódica, por ser frecuentemente de muy corta duración, y porque reproducen experiencias previas relacionadas con el alcohol u otras sustancia psicoactivas.



Incluye: Demencia alcohólica sin especificación
Demencia y otras formas más leves de deterioro intelectual permanente
Retrospectivas
Síndrome cerebral alcohólico crónico
Trastorno:
• Afectivo residual
• De la percepción postconsumo de alucinógenos
• Psicótico de comienzo tardío inducido por sustancias psicoactivas
• Residual de la personalidad y del comportamiento.

Excluye: Estado psicótico inducido por alcohol o por sustancias psicoactivas
(F10-F19 con cuarto carácter común .5)
Síndrome de Korsakov inducido por alcohol o por sustancias psicoactivas
(F10-F19 con cuarto carácter común .6)

Criterios Diagnósticos de Investigación

G1. Los trastornos y síndromes que satisfacen los criterios de cada cuadro citado más abajo, deben estar claramente relacionado con el uso de una sustancia. Debe buscarse una evidencia sólida de que el comienzo del trastorno o síndrome tiene lugar inmediatamente después del uso de la sustancia involucrada.

Puede utilizarse, si se desea, un quinto dígito:

F1x.70 Con reviviscencias (“flashbacks”)

F1x.71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento

G2. Deben satisfacerse los criterios generales de F07 (trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral).

F1x.72 Trastorno afectivo residual

G2. Deben satisfacerse los criterios generales de F06.3 (trastornos del humor (afectivo) orgánico).

F1x.73 Demencia

G2. Deben satisfacerse los criterios generales (F00-F03) para demencia.

F1x.74 Otro deterioro cognoscitivo persistente

G2. Se deben satisfacer los criterios para trastorno cognitivo leve (F06.7) excepto para la exclusión de uso de sustancias psicoactivas en criterio 1).

F1x.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío

G2. Deben satisfacerse los criterios generales para trastorno psicótico, F1x.5, excepto con relación al comienzo del trastorno, que es más de dos semanas, pero no más de seis semanas después del uso de la sustancia



F1x.8 Otros trastornos mentales y del comportamiento

F1x.80 Consumo riesgoso

Anotación Latinoamericana

F1x.80, Consumo riesgoso:

Aunque el consumo riesgoso (desde el punto de vista individual) no es propiamente un “trastorno”, se sugiere al clínico que considere esta categoría que, *stricto sensu*, forma parte de los factores personales riesgosos, codificados como Z72.0 (tabaco), Z72.1 (alcohol), Z72.2 (otras drogas), y por lo mismo, es más frecuentemente consignada en el Eje III de la GLADP-VR.

Se propone que estas condiciones se consignen en el Eje I de la GLADP-VR, cuando tal uso pueda favorecer el diagnóstico y registro de situaciones que requieren ser abordadas por un programa integral de acciones de salud mental en la comunidad, especialmente cuando el énfasis es la prevención. Por lo general, el consumo de riesgo es, después del consumo “social”, el primer eslabón de una cadena morbosa que lleva a la dependencia de sustancias. Es, además, la etapa más temprana de dicha cadena, susceptible de acciones de salud y, a la vez, su eslabón más débil y el más propenso a ser analizado desde perspectivas epidemiológicas.

En la lucha contra el uso abusivo de sustancias, el diagnóstico a personas, grupos y circunstancias de riesgo es imprescindible para poder intervenir cuando: 1ro) las posibilidades de éxito terapéutico son las mejores; 2do) se puede actuar masivamente con una óptima relación entre los costos y los resultados del trabajo; y 3ro) se puede evitar una enorme carga de sufrimiento y esfuerzos al presunto consumidor abusivo y sus personas allegadas, y prever, incluso, el deterioro de las relaciones familiares, sociales y laborales, que no rara vez deviene círculo vicioso en la motivación para el consumo y se convierte en un problema paralelo del que frecuentemente no se logra una recuperación total aun cuando el consumo abusivo cese.

Se trata de patrones de consumo que exceden en cantidad y frecuencia las normas socialmente aceptadas, y/o que ocurren en el contexto de circunstancias personales y sociales propiciadoras de una evolución desfavorable.

Aunque los niveles de consumo no satisfacen los criterios de un “uso nocivo” o un “síndrome de dependencia”, suelen ser vistos con preocupación y ser reprobados por compañeros de trabajo, amigos y vecinos, salvo en los casos en que precisamente una actitud sobre-indulgente o incluso estimulante ante el consumo sea la causa del riesgo.

En nuestro medio, esa categoría es básicamente aplicable al alcohol y tabaco de forma epidemiológica, pero situaciones individuales relacionadas con el consumo de psico-estimulantes en busca de un mayor rendimiento físico o mental o para superar sobrecargas ocupacionales o de otra índole pueden ser recogidas aquí, siempre y cuando exista un patrón de consumo



que, sin cumplir los indicadores diagnósticos de ninguna de las categorías precedentes, implique un evidente riesgo de llegar a serlo.

Pautas para el diagnóstico.

- G1. Existe un consumo de sustancias psicoactivas que, por sus características y el contexto en que se da, implica un riesgo elevado de convertirse en un trastorno.
- G2. No se satisfacen los criterios de uso nocivo, dependencia ni abstinencia.
- G3. No obstante lo anterior, el patrón de consumo es censurado, repudiado o visto con alarma por familiares y personas allegadas.

Estudios epidemiológicos latinoamericanos realizados en Perú (Instituto Especializado de Salud Mental, 2002) y algunos autores norteamericanos han considerado bajo este término el consumo de una cantidad (3 a 4) de tragos por ocasión en menos de una hora, como una forma sencilla de orientar hacia la identificación de un consumo problemático (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas, 2007; Masten, Faden, Zucker & Spear, 2009; Orpinas, Valdés, Pemjean & Florenzano, 1991).

F1x.9 Trastorno mental y del comportamiento no especificado

Anotación Latinoamericana

En muchas ocasiones, el consumo perjudicial, y más aún la dependencia del alcohol u otras sustancias psicoactivas, se acompaña de una conducta socialmente irresponsable. Cuando tal conducta es identificada en un paciente con consumo perjudicial o dependencia a alguna sustancia psicoactiva y no sea la consecuencia directa de otro trastorno codificable dentro de la categoría F10-F19 (demencia alcohólica, por ejemplo) o fuera de ella (esquizofrenia, retraso mental, trastorno de personalidad disocial, etc.), sino que forme parte de un estilo de vida, puede ser consignada en el Eje I, Trastornos Clínicos, como Z72.8, (Otros problemas relacionados con el estilo de vida); y considerada de una manera flexible y contextualizada en la Formulación Diagnóstica de la GLADP-VR.

El consumo crónico de sustancias, en particular el alcohol y las diversas drogas ilegales (marihuana, cocaína, pasta básica de coca) se asocia a lo que Humberto Rotondo denominó como *psicopatización*. Esta característica no sólo se refiere a “una conducta socialmente irresponsable...”, sino a diversas conductas antisociales, como trasgresión de normas sociales, mentiras frecuentes, o conductas delincuenciales o agresivas recurrentes. Estudios latinoamericanos han encontrado asociaciones entre el abuso o dependencia al alcohol y tendencias antisociales (Ferrando, 1998; Jutkowitz et al., 1987), violencia doméstica (INEI, 2005, 2007) y seguridad ciudadana (INEI, 2000; Sánchez, 1960). Asimismo, otros estudios reportan conductas antisociales entre el 50 y 100% de sujetos con problemas con pasta básica de cocaína y cocaína (Jerí & Pérez, 1990; Nizama-Valladolid, 1991; Villanueva, 1989).



F10 Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Alcohol

F10.0 Intoxicación aguda por alcohol

Estado posterior a la administración de alcohol, que da lugar a perturbaciones en el nivel de conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en la afectividad o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Las perturbaciones se relacionan directamente con los efectos farmacológicos agudos del alcohol, y se resuelven con el tiempo, con recuperación completa, excepto en los casos en los que hayan surgido daños tisulares u otras complicaciones. Entre las complicaciones pueden contarse los traumatismos, la aspiración del vómito, el delirium, el coma, las convulsiones y otras complicaciones médicas. La naturaleza de estas complicaciones depende del tipo farmacológico de la sustancia utilizada y de la forma de administración.

Incluye: Embriaguez aguda en el alcoholismo

Embriaguez sin especificación

Intoxicación patológica

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se deben satisfacer los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0).
- B. Debe existir un comportamiento alterado como se evidencia en al menos uno de los siguientes:
 - 1) desinhibición;
 - 2) actitud discutidora;
 - 3) agresividad;
 - 4) labilidad del humor;
 - 5) deterioro de la atención;
 - 6) juicio alterado;
 - 7) interferencia en el funcionamiento personal.
- C. Al menos uno de los siguientes deben estar presentes:
 - 1) marcha inestable;
 - 2) dificultad para mantenerse en pie;
 - 3) habla disártrica (farfullante);
 - 4) nistagmo;
 - 5) nivel de conciencia disminuido (Vg. estupor, coma);
 - 6) enrojecimiento facial;
 - 7) inyección conjuntival.



Anotación Latinoamericana

A pesar de lo detallados que son estos criterios, no mencionan lo que es básico, probablemente por obvio: todas estas alteraciones mentales y del comportamiento están claramente asociadas al uso de cantidades clínicamente significativas de alcohol, como se desprende del reporte del mismo individuo o de otras fuentes extendidas de información. Es preciso recordar que, en los criterios generales de intoxicación aguda, no se especifica que la droga en cuestión sea el alcohol. Se recomienda agregar un criterio que quede como sigue:

D: La sustancia implicada en la causalidad de los síntomas, de una manera predominante o exclusiva, es el alcohol.

F10.07 Intoxicación patológica por alcohol

Criterios Diagnósticos de Investigación

Nota: Esta categoría está siendo estudiada. Los Criterios Diagnósticos de Investigación deben ser recogidos como provisionales.

- A. Se deben satisfacer los criterios generales para intoxicación aguda (F1x.0) con la excepción de que la intoxicación patológica ocurra después de beber cantidades de alcohol insuficientes para causar intoxicación en la mayoría de las personas.
- B. Existe una conducta agresiva verbal o física que no es habitual cuando la persona está sobria.
- C. La intoxicación se produce muy pronto (habitualmente en pocos minutos) después del uso de alcohol.
- D. No hay evidencia de trastorno orgánico cerebral u otros trastornos mentales.

Anotación Latinoamericana

Esta categoría diagnóstica debe ser usada con mucha cautela porque, tanto su validez como sus criterios diagnósticos, no están satisfactoriamente definidos. Especialistas latinoamericanos en adicciones químicas indican que no se observa en la clínica diaria, y que los Criterios Diagnósticos de Investigación aquí propuestos, cuando se presentan, generalmente corresponden a la expresión de conflictos emocionales o de personalidad del individuo afectado, generalmente como resultado de la desinhibición conductual producida por la ingestión aun de pequeñas dosis de alcohol. Puede reflejar también la presencia de un patrón de consumo riesgoso (ver **F1x.81**), lo que debe alertar al clínico sobre la necesidad de intervenir inmediatamente con medidas que prevengan complicaciones más graves. En revisiones futuras del sistema, esta categoría diagnóstica deberá revisarse.



F10.1 Uso nocivo de alcohol

Véase la descripción general de F1x.1, Uso nocivo [de sustancias psicoactivas].

Criterios Diagnósticos de Investigación

Véase los criterios generales de investigación para F1x.1, uso nocivo [de sustancias psicoactivas].

Anotación Latinoamericana

Por la importancia clínica y de salud pública que reviste esta condición clínica, que se corresponde con la categoría de F10.1, Abuso de alcohol del DSM-IV, se elabora en su descripción clínica en la GLADP-VR. Para ello, se proponen los siguientes criterios:

- A. El diagnóstico de este trastorno exige que se cumplan las pautas generales para el diagnóstico de F1x.1, Uso nocivo de sustancias psicoactivas.
- B. La sustancia psicoactiva implicada en la causalidad de este síndrome, predominante o exclusivamente, es el alcohol.

F10.2 Síndrome de dependencia del alcohol

Véase la descripción general de F1x.2, Síndrome de dependencia [de sustancias psicoactivas].

Criterios Diagnósticos de Investigación

Véase los criterios generales de investigación para F1x.2, Síndrome de dependencia [de sustancias psicoactivas].

F10.3 Estado de abstinencia por alcohol [sin delirium]

Grupo de síntomas de gravedad y grado de integración variables, que aparecen durante la abstinencia absoluta o relativa de alcohol, luego de una fase de utilización permanente del mismo. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia son de duración limitada y se relacionan con la dosis de alcohol utilizada inmediatamente antes de la suspensión o la disminución de su consumo. El estado de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

Incluye: Síndrome de abstinencia del alcohol

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se deben satisfacer los criterios generales para estado de abstinencia (F1x.3).
- B. Tres de los siguientes signos deben estar presentes:
 - 1) temblor de lengua, párpados o manos extendidas;
 - 2) sudoración;
 - 3) náuseas o vómitos;
 - 4) taquicardia o hipertensión;
 - 5) agitación psicomotriz;



- 6) cefalea;
- 7) insomnio;
- 8) malestar o debilidad;
- 9) ilusiones o alucinaciones transitorias auditivas, visuales o táctiles;
- 10) convulsiones de gran mal.

Si existe delirium el diagnóstico será estado de abstinencia del alcohol con delirium (delirium tremens) (F10.4).

Anotación Latinoamericana

Síntomas frecuentes del estado de abstinencia por alcohol son: hiperactividad autonómica; temblores; insomnio; alucinaciones o ilusiones visuales, táctiles o auditivas transitorias; agitación psicomotriz; ansiedad; y convulsiones tipo gran mal.

Aunque parece obvio, en revisiones posteriores al sistema, deberá especificarse en el criterio A que el cuadro cumple con los criterios generales para el estado de abstinencia “de alcohol”; de lo contrario, habría que agregar un criterio adicional que especifique que la droga implicada, de manera predominante o exclusiva, es el **alcohol**.

Para mayor claridad, se recomienda agregar la frase *Sin delirium* al término de esta categoría.

F10.4 Estado de abstinencia con delirium, debido al uso de alcohol.

Afección en la que el estado de abstinencia del alcohol (ver **F10.3**) se complica con delirium, tal y como se describe en F05, Delirium no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas. También se pueden presentar convulsiones. Cuando se considere que los factores orgánicos desempeñan también un papel en la etiología, la afección deberá clasificarse en F05.8, Otro delirium.

Incluye: Síndrome de abstinencia del alcohol con delirium
Delirium tremens

Excluye: Delirium no inducido por alcohol

Criterios Diagnósticos de Investigación:

- A. Se deben satisfacer los criterios generales del estado de abstinencia del alcohol (F10.3)
- B. Se deben satisfacer los criterios para delirium (F05)

El diagnóstico de síndrome de abstinencia de alcohol con delirium puede concretarse más con cinco caracteres:

F10.40 Sin convulsiones.

F10.41 Con convulsiones.



Anotación Latinoamericana

El clínico debe tener en cuenta que no existen síntomas ni signos patognomónicos del estado de abstinencia de alcohol con delirium, y que con frecuencia los pacientes que sufren de este trastorno llegan complicados con síntomas del consumo de otras sustancias psicoactivas y de otros trastornos comórbidos de tipo psiquiátrico y médico general, por lo que la determinación precisa de los factores causales implicados es de importancia crítica desde las primeras horas de la evaluación diagnóstica. En general, ayuda saber que el curso del delirium tremens presenta una instalación de 1 a 3 días y una duración entre una semana a dos meses (la mayoría entre 10 y 12 días). Un curso más prolongado está asociado con un mayor riesgo de mortalidad, más complicaciones y menor posibilidad de que el paciente alcance una recuperación completa.

F10.5 Trastorno psicótico debido al uso de alcohol

Conglomerado de fenómenos psicóticos que ocurren durante o después del consumo de alcohol, pero que no se explican en función de una intoxicación aguda pura y que no forman parte de un estado de abstinencia. El trastorno se caracteriza por alucinaciones (auditivas, en forma característica, pero a menudo con más de una modalidad sensorial), por distorsiones perceptivas, por delusiones (a menudo de naturaleza paranoide o persecutoria), por perturbaciones psicomotrices (excitación o estupor) y por una afectividad anormal, que puede variar desde el temor intenso hasta el éxtasis. Habitualmente el sensorio se mantiene lúcido, pero puede haber cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega a la confusión grave.

Incluye: Alucinosis alcohólica.
Celotipia alcohólica.
Paranoia alcohólica,
Psicosis alcohólica sin especificación.

Excluye: Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol (F10.7)

Criterios Diagnósticos de Investigación

Véase los criterios generales de investigación para F1x.5, Trastorno psicótico [debido al uso de sustancias psicoactivas].

El diagnóstico puede especificarse aún más con el uso de un 5º carácter.

- F10.50 Esquizofreniforme
- F10.51 Con predominio de ideas delusivas
- F10.52 Con predominio de las alucinaciones
(Incluye la alucinosis alcohólica)
- F10.53 Con predominio de síntomas polimorfos
- F10.54 Con predominio de síntomas depresivos
- F10.55 Con predominio de síntomas maníacos
- F10.56 Trastorno psicótico mixto



Anotación Latinoamericana

Los criterios diagnósticos específicos del trastorno psicótico debido al uso de alcohol son:

- A. Se cumple con los criterios generales de F1x.5, trastorno psicótico [debido al uso de sustancias psicoactivas].
- B. La sustancia implicada de manera predominante o exclusiva en la causalidad de estos síntomas y signos es el alcohol.
- C. Los síntomas no pueden ser explicados mejor por otro trastorno psicótico no debido al uso de sustancias psicoactivas, tales como una esquizofrenia (F20._), un trastorno del humor (afectivo) (F30-F39), un trastorno paranoide de la personalidad (F60.0), o un trastorno esquizoide de la personalidad (F60.1).

F10.6 Síndrome amnésico debido al uso de alcohol

Síndrome asociado con un deterioro crónico relevante de la memoria reciente y de la memoria remota. Habitualmente se conserva el recuerdo inmediato y la memoria reciente está característicamente más perturbada que la memoria remota. Por lo común son evidentes las perturbaciones del sentido del tiempo y de ordenamiento de los sucesos, como lo es también el deterioro de la capacidad de aprendizaje de nuevos materiales. La confabulación puede ser notoria, aunque no siempre aparece. Habitualmente, las demás funciones cognitivas se encuentran relativamente bien conservadas, en tanto que los defectos amnésicos son desproporcionados en relación con las demás perturbaciones.

Incluye: Psicosis o síndrome de Korsakov inducido por alcohol
Trastorno amnésico inducido por alcohol

Excluye: Psicosis o síndrome de Korsakov no alcohólico (F04)

Criterios Diagnósticos de Investigación

Véase los criterios generales de investigación de F1x.6, Síndrome amnésico [debido al uso de sustancias psicoactivas].

Anotación Latinoamericana

Los criterios específicos para el diagnóstico de **F10.6, Síndrome amnésico debido al uso de alcohol** son:

- A. Se cumple con los criterios generales de F1x.6, Síndrome amnésico [debido al uso de alcohol y otra sustancia psicoactiva].
- B. La droga implicada de manera exclusiva o claramente predominante en la causalidad de este síndrome es el alcohol.
- C. El trastorno no puede ser explicado por la presencia de otro de causa diferente, como un síndrome amnésico orgánico (F04), demencia (F00-F03), delirium no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas (F05) o un trastorno depresivo (F31-F33).



F10.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío debido al uso de alcohol

Trastorno en el cual los cambios cognitivos, de la afectividad, de la personalidad o del comportamiento inducidos por el alcohol, se prolongan más allá del período durante el cual podría asumirse razonablemente que está operando un efecto directamente relacionado con el mismo. El comienzo del trastorno debe estar directamente relacionado con el consumo del alcohol. En los casos en que el comienzo del estado ocurra más tarde que el o los episodios del uso de alcohol, será codificado aquí sólo cuando se disponga de evidencias claras y firmes para atribuir ese estado a los efectos residuales del alcohol. Las retrospectivas (*flashbacks*) deben ser diferenciadas del estado psicótico en parte por su naturaleza episódica, por ser frecuentemente de muy corta duración, y porque reproducen experiencias previas relacionadas con el alcohol.

Incluye: Demencia alcohólica sin especificación

Demencia y otras formas más leves de deterioro intelectual permanente

Retrospectivas

Síndrome cerebral alcohólico crónico

Trastorno:

- afectivo residual

- residual de la personalidad y del comportamiento

Excluye: Estado psicótico inducido por alcohol o por sustancias psicoactivas

(F10-F19 con cuarto carácter común .5)

Síndrome de Korsakov inducido por alcohol o por sustancias psicoactivas

(F10-F19 con cuarto carácter común .6)

Criterios Diagnósticos de Investigación

Véase los criterios generales de investigación para F1x.7, Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío debido al uso de alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Anotación Latinoamericana

Los criterios para el diagnóstico del **trastorno psicótico residual y de comienzo tardío debido al uso de alcohol** son los siguientes:

- A. Se satisfacen los criterios generales para el diagnóstico de F1x.7, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío [debido al uso de sustancias psicoactivas].
- B. La sustancia implicada en la causalidad del síndrome de manera predominante o exclusiva es el alcohol.
- C. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico no relacionado con el uso de alcohol.

F10.8 Otros trastornos mentales y del comportamiento especificados debidos al uso de alcohol

Se debe codificar aquí aquellos trastornos mentales o del comportamiento en los cuales el consumo de alcohol puede identificarse como responsable directo del cuadro clínico, pero que no presentan pautas suficientes como para ser incluidos en alguno de los acápites anteriores.



Anotación Latinoamericana

Se recomienda codificar aquí condiciones tales como los trastornos del humor (afectivos) no psicóticos; los trastornos de ansiedad y los trastornos del sueño, debidos al consumo de alcohol; así como las disfunciones sexuales de esta misma índole. Esto reconcilia, en parte, la organización de estos trastornos en la CIE-10 con la propuesta por el DSM-IV. La organización de esta subcategoría se propone como sigue:

F10.80 Trastornos del humor (afectivos) no psicóticos, debidos al uso de alcohol

F10.81 Trastornos de ansiedad debidos al uso de alcohol

F10.82 Trastornos del sueño debidos al uso de alcohol

F10.83 Disfunciones sexuales debidas al uso de alcohol

Sin embargo, debe tomarse en cuenta el concepto de patología dual y que el diagnóstico es longitudinal y por lo tanto se requiere la observación del paciente durante un periodo de tiempo para arribar al diagnóstico definitivo (Haro, Bobes, Casas, Didia & Rubio, 2010).

F10.9 Trastorno mental y del comportamiento debido al uso de alcohol no especificado

Anotación Latinoamericana

Esta es una categoría residual en la que se deben codificar aquellos trastornos mentales y del comportamiento, no especificados pero que se encuentren claramente asociados con el uso de alcohol. La falta de información suficiente para poder formular un diagnóstico de un trastorno específico, debido al uso de alcohol, puede obligar a emplear esta categoría de una manera temporal.

F11 Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al uso de Opiáceos

F11.0 Intoxicación aguda por opiáceos

Para su descripción, véase F1x.0, Intoxicación aguda [por sustancias psicoactivas].

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se deben satisfacer los criterios generales para intoxicación aguda (F1x.0).
- B. Debe existir un comportamiento alterado como se evidencia en alguno de los siguientes:
 - 1) apatía y sedación;
 - 2) desinhibición;
 - 3) enlentecimiento psicomotor;
 - 4) deterioro de la atención;



- 5) juicio alterado;
 - 6) interferencia en el funcionamiento personal.
- C. Al menos uno de los siguientes signos deben estar presentes:
- 1) somnolencia;
 - 2) habla farfullante;
 - 3) contracción pupilar (excepto en la anoxia por sobredosis grave cuando ocurre dilatación pupilar);
 - 4) nivel de conciencia disminuido (p.e., estupor y coma).

Anotación Latinoamericana

Debe especificarse que la droga implicada en la causalidad de los síntomas, de manera predominante o exclusiva, es uno de los opiáceos, puesto que los criterios generales de intoxicación aguda no lo especifican.

F11.1 Uso nocivo de opiáceos

Patrón de consumo de opiáceos que causa daño a la salud tanto física como mental.

Criterios Diagnósticos de Investigación

Véase los criterios generales de F1x.1, uso nocivo [de sustancias psicoactivas].

Anotación Latinoamericana

Debe especificarse que la sustancia implicada en la causalidad de los síntomas, de manera predominante o exclusiva, es un opiáceo.

F11.2 Síndrome de dependencia a opiáceos

Para su descripción, véase los criterios generales de F1x.2, Síndrome de dependencia de sustancias psicoactivas.

Criterios Diagnósticos de Investigación

Véase los criterios generales de investigación para F1x.2, Síndrome de dependencia [de sustancias psicoactivas].

Anotación Latinoamericana

Los criterios diagnósticos específicos de **F11.2, Síndrome de dependencia de opiáceos** son:

- A. Se cumple con los criterios generales de F1x.2, Síndrome de dependencia de sustancias psicoactivas.
- B. La sustancia implicada en la causalidad de los síntomas es, de manera predominante o exclusiva, un opiáceo.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental o del comportamiento no debido al uso de sustancias psicoactivas.



F11.3 Estado de abstinencia por opiáceos

Para su descripción, véase F1x.3, Estado de abstinencia de sustancias psicoactivas.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se deben satisfacer los criterios generales para estado de abstinencia (F1x.3). (Recuérdese que un estado de abstinencia de opiáceos puede ser reducido tras la administración de un antagonista a opiáceos después de un breve período de uso de opiáceos).
- B. Tres de los siguientes signos deben estar presentes:
 - 1) deseo imperioso de drogas opiáceas;
 - 2) rinorrea y estornudos;
 - 3) lagrimeo;
 - 4) dolores musculares o calambres;
 - 5) calambres abdominales;
 - 6) náuseas o vómitos;
 - 7) diarrea
 - 8) dilatación pupilar;
 - 9) piloerección o escalofríos;
 - 10) taquicardia o hipertensión;
 - 11) bostezos;
 - 12) sueño sin descanso.

Anotación Latinoamericana

Un tercer criterio diagnóstico debe especificar que la droga implicada en la causalidad de estas alteraciones mentales y del comportamiento, de modo predominante o exclusivo es un **opiáceo**.

F12 Trastornos Mentales y del Comportamiento Debido al Uso de Cannabinoides

F12.0 Intoxicación aguda por cannabinoides

Para su descripción, véase F1x.0, Intoxicación aguda [por sustancias psicoactivas].

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se deben satisfacer los criterios generales para intoxicación aguda (F1x.0).
- B. Debe existir comportamiento alterado o anormalidades perceptivas incluyéndose alguno de los siguientes:
 - 1) euforia y desinhibición;
 - 2) ansiedad o agitación;
 - 3) suspicacia o ideación paranoide;



- 4) enlentecimiento temporal (sensación de que el tiempo pasa muy despacio y/o la experiencia de un rápido flujo de ideas);
 - 5) juicio alterado;
 - 6) deterioro de la atención;
 - 7) deterioro del tiempo de reacción;
 - 8) ilusiones auditivas, visuales o táctiles;
 - 9) alucinaciones con la orientación conservada;
 - 10) despersonalización;
 - 11) desrealización;
 - 12) interferencia en el funcionamiento personal.
- C. Al menos uno de los siguientes signos deben estar presentes:
- 1) apetito aumentado;
 - 2) boca seca
 - 3) inyección conjuntival;
 - 4) taquicardia.

Anotación Latinoamericana

Un cuarto criterio diagnóstico debe especificar que la sustancia implicada en la causalidad de estos síntomas y signos, de manera predominante o exclusiva, es un producto **cannabinoide**, como lo indica la historia y los exámenes complementarios.

F12.3 Estado de abstinencia de cannabinoides

Para su descripción, véase F1x.3, Estado de abstinencia [por sustancias psicoactivas].

Criterios Diagnósticos de Investigación

Nota: Este es un síndrome de una enfermedad definida para el que no se han establecido todavía los criterios diagnósticos definitivos. Aparece tras la suspensión de un prolongado uso de altas dosis de cannabinoides. Se ha apreciado que puede oscilar su duración de varias horas a siete días.

Entre los síntomas y signos se incluye ansiedad, inestabilidad, temblor de manos extendidas, sudoración y dolores musculares.

F13 Trastorno Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Sedantes o Hipnóticos

F13.0 Intoxicación aguda por sedantes o hipnóticos

Véase la descripción general de F1x.0, intoxicación aguda [por sustancias psicoactivas].



Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se deben satisfacer los criterios para intoxicación aguda (F1x.0).
- B. Debe existir un comportamiento alterado como se evidencia en alguno de los siguientes:
 - 1) euforia y desinhibición;
 - 2) apatía y sedación;
 - 3) agresividad;
 - 4) labilidad del humor;
 - 5) deterioro de la atención;
 - 6) amnesia anterógrada;
 - 7) rendimiento psicomotor alterado;
 - 8) interferencia en el funcionamiento personal.
- C. Al menos uno de los siguientes signos deben estar presentes:
 - 1) marcha inestable;
 - 2) dificultad para mantenerse de pie;
 - 3) habla farfullante;
 - 4) nistagmo;
 - 5) nivel de conciencia disminuido (p.e. estupor, coma);
 - 6) ampollas o lesiones eritematosas en la piel.

Anotación Latinoamericana

Debe especificarse que la droga implicada en la causalidad de estas alteraciones mentales y del comportamiento, sobre la base de la información confiablemente obtenida del propio paciente o de fuentes extendidas de información, así como por las pruebas adicionales de diagnóstico es, predominante o exclusivamente, uno de los sedantes o hipnóticos.

F13.3 Estado de abstinencia por sedantes o hipnóticos

Véase la descripción general de F1x.3, Estado de abstinencia [a sustancias psicoactivas].

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se deben satisfacer los criterios generales para estado de abstinencia (F1x.3).
- B. Tres de los siguientes signos deben estar presentes:
 - 1) temblor de lengua, párpados o manos extendidas;
 - 2) náuseas o vómitos;
 - 3) taquicardia;
 - 4) hipotensión postural;
 - 5) Agitación psicomotriz;
 - 6) cefalea;



- 7) insomnio;
- 8) malestar o debilidad;
- 9) ilusiones o alucinaciones, trastornos visuales, táctiles o auditivos;
- 10) ideación paranoide;
- 11) convulsiones de gran mal.

Anotación Latinoamericana

Se debe especificar que la droga implicada en estas alteraciones mentales y del comportamiento, sobre la base de la información confiablemente obtenida del propio paciente o de otras fuentes extendidas de información es, predominante o exclusivamente, uno o más sedantes o hipnóticos.

F14 Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Cocaína

F14.0 Intoxicación aguda por cocaína

Véase la descripción general de F1x.0, Intoxicación aguda [debida al uso de sustancias psicoactivas].

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se deben satisfacer los criterios generales para intoxicación aguda (F1x.0).
- B. Debe existir comportamiento alterado o anomalías perceptivas incluyéndose alguno de los siguientes:
 - 1) euforia o sensación de aumento de energía;
 - 2) hipervigilancia;
 - 3) creencias o actos grandiosos;
 - 4) agresividad;
 - 5) actitud discutidora;
 - 6) labilidad del humor;
 - 7) conductas repetitivas, estereotipadas;
 - 8) ilusiones auditivas, visuales o táctiles;
 - 9) alucinaciones, normalmente con la orientación conservada;
 - 10) ideación paranoide;
 - 11) interferencia con el funcionamiento personal.
- C. Al menos dos de los siguientes signos deben estar presentes:
 - 1) taquicardia (a veces bradicardia);
 - 2) arritmias cardíacas;
 - 3) hipertensión (a veces hipotensión);
 - 4) sudoración y escalofríos;
 - 5) náusea y vómitos;
 - 6) pérdida de peso evidente;



- 7) dilatación pupilar;
- 8) agitación psicomotriz (a veces enlentecimiento);
- 9) debilidad muscular;
- 10) dolor en el pecho;
- 11) convulsiones.

Anotación Latinoamericana

Debe especificarse que la droga implicada en la causalidad de estas alteraciones mentales y del comportamiento, sobre la base de la información confiablemente obtenida del propio paciente o de fuentes extendidas de información así como por las pruebas adicionales de diagnóstico es, predominante o exclusivamente, la cocaína.

Anotación Latinoamericana

Criterios Diagnósticos de Investigación para el Síndrome de Intoxicación Aguda de Pasta Básica de Cocaína

Los principales aportes en esta área provienen de Perú y Bolivia con el Síndrome de la Pasta Básica de Cocaína, conocida en medios latinoamericanos como Basuco o Baserolo (Córdoba & Toledo, 1997; Velásquez, 1983). Se trata de un cuadro clínico con características diferenciadas de la cocaína (Almeida, 1978; Castaño, 2000; Jerí, 1978; Oliver, 1981; Sánchez, 1978, Velásquez & Sánchez, 1985) Con sus tres estadios en pacientes dependientes:

El **primero, denominado** “momento antes del consumo”, está marcado por un síndrome obsesivo - compulsivo agudo, un síndrome ansioso y un síndrome neurovegetativo, caracterizado por sudoración, taquicardia y malestar abdominal referido como deseos de defecar.

El **segundo estadio**, “efectos al fumar”, se inicia tras la primera aspirada y produce un “flash” placentero intenso (expansión placentera semejante al placer producido por el orgasmo), pero muy breve que dura apenas de 3 a 4 segundos, con una caída muy brusca.

La angustia por la cesación de los efectos es tan fuerte que obliga al consumidor a fumar una y otra vez, a encender uno y otro cigarrillo, entrando en un estado de intensa angustia, irritabilidad e inquietud, cesando su consumo sólo cuando el dinero para su consumo se le ha terminado o cuando entra en un cuadro de intoxicación aguda.

En el **último de los estadios**, definido por Nizama (1979) como “post-efecto” y por Navarro y Arévalo (1989) como “fase post-crítica”, el consumidor estará fatigado, irritable, sudoroso y con deseos intensos de dormir. Principalmente al comienzo de la adicción pueden aparecer intensos sentimientos de culpa y arrepentimiento por haber consumido. Después de haber dormido, el usuario se mostrará agotado, con la boca seca y los labios y lengua enrojecidos e inflamados por el intenso consumo; así mismo, se quejará de dolor faríngeo,



estará irritable y mostrará escasa tolerancia a la frustración y eventualmente cuadros depresivos mayores. Estos síntomas pueden desaparecer en pocas horas y dar paso a un nuevo episodio de consumo.

Criterios Diagnósticos de Investigación para Síndrome de Pasta Básica de Coca

- A. Se deben satisfacer los criterios generales para intoxicación aguda (F1x.0).
- B. Debe existir comportamiento alterado o anormalidades perceptivas incluyéndose alguno de los siguientes:
 - 1) sensación de angustia e ideación obsesiva con síntomas autonómicos previos al fumar;
 - 2) euforia intensa transitoria, asociada a compulsión por fumar;
 - 3) irritabilidad y vehemencia por consumo hasta terminar la cantidad disponible o la que se pueda conseguir
 - 4) inquietud motora inicial para luego presentar sensación de rigidez motora y/ movimientos repetitivos estereotipados;
 - 5) suspicacia, ideación referencial hasta síntomas paranoides transitorios;
 - 6) ilusiones auditivas, visuales o táctiles;
 - 7) cansancio, fatiga, deseos de dormir postconsumo;
 - 8) interferencia con el funcionamiento personal.
- C. Al menos tres de los siguientes signos deben estar presentes:
 - 1) aumento de frecuencia respiratoria;
 - 2) taquicardia, aumento de presión arterial;
 - 3) sudoración y escalofríos;
 - 4) hipereflexia osteotendinosa;
 - 5) dolor abdominal con deseos de defecar;
 - 6) parestesias, adormecimientos labios;
 - 7) deseos de miccionar y defecar;
 - 8) temblor en extremidades;
 - 9) náuseas y vómitos;
 - 10) pérdida de peso evidente.

F14.3 Estado de abstinencia de cocaína

Véase la descripción general de F1x.3, Estado de abstinencia [debido al uso de sustancias psicoactivas].

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se deben satisfacer los criterios generales para estado de abstinencia (F1x.3).
- B. Hay humor disfórico (por ejemplo, tristeza o anhedonia)



- C. Dos de los siguientes signos deben estar presentes
- 1) letargo y fatiga;
 - 2) elentecimiento o agitación psicomotriz;
 - 3) deseo imperioso de cocaína;
 - 4) aumento del apetito;
 - 5) insomnio o hipersomnias;
 - 6) sueños extraños o desagradables.

Anotación Latinoamericana

Debe especificarse que la droga implicada en la causalidad de estas alteraciones mentales y del comportamiento, sobre la base de la información confiablemente obtenida del propio paciente o de fuentes extendidas de información así como por las pruebas adicionales de diagnóstico es, predominante o exclusivamente, la cocaína, puesto que los criterios generales del estado de abstinencia no lo indican claramente.

Para mayor claridad, la GLADP-VR utiliza el término **disforia** en el sentido de “un sentimiento de desagrado e inquietud general; un estado de ánimo de insatisfacción e inquietud general” (ver Glosario Lexicológico). Esto contrasta ligeramente con el sentido dado por la CIE-10 aquí al término, al incluir tristeza y anhedonia como representativos de la disforia.

Anotación Latinoamericana

Estudios epidemiológicos realizados en áreas rurales de poblaciones peruanas han identificado trastornos por uso excesivo o dependencia de la hoja de coca. Por lo tanto, se recomienda que, salvando el contexto cultural del chacchado de hoja de coca en estas poblaciones, se considere la posibilidad de presencia del diagnóstico (Instituto Nacional de Salud Mental, 2008, 2009).

F15 Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Otros Estimulantes, Incluyendo la Cafeína

F15.0 Intoxicación aguda por otros estimulantes, incluida la cafeína

Véase la descripción general de F1x.0, Intoxicación aguda [debido al uso de sustancias psicoactivas].

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se deben satisfacer los criterios generales para intoxicación aguda (F1x.0).
- B. Debe existir comportamiento alterado o anormalidades de la percepción como se evidencia en al menos uno de los siguientes:
- 1) Euforia o sensación de aumento de energía;
 - 2) Hipervigilancia;
 - 3) Creencias o actos grandiosos;



- 4) Agresividad;
 - 5) Actitud discutidora;
 - 6) Labilidad del humor;
 - 7) Conductas repetitivas, estereotipadas;
 - 8) Ilusiones auditivas, visuales o táctiles;
 - 9) Alucinaciones con la orientación conservada;
 - 10) Ideación paranoide;
 - 11) Interferencia con el funcionamiento personal.
- C. Al menos dos de los siguientes signos deben estar presentes:
- 1) taquicardia;
 - 2) arritmias cardíacas;
 - 3) hipertensión (a veces hipotensión);
 - 4) sudoración y escalofríos;
 - 5) náusea y vómitos;
 - 6) pérdida de peso evidente;
 - 7) dilatación pupilas;
 - 8) agitación psicomotriz;
 - 9) debilidad muscular;
 - 10) dolor en el pecho;
 - 11) convulsiones.

Anotación Latinoamericana

Debe especificarse que la droga implicada en la causalidad de estas alteraciones mentales y del comportamiento, sobre la base de la información confiablemente obtenida del propio paciente o de fuentes extendidas de información así como por las pruebas adicionales de diagnóstico es, predominante o exclusivamente, un estimulante (distinto a la cocaína) y que puede incluir a la cafeína, en dosis clínicamente significativas.

Para mayor claridad, la GLADP-VR utiliza el término **disforia** en el sentido de “un sentimiento de desagrado e inquietud general; un estado de ánimo de insatisfacción e inquietud general” (ver Glosario Lexicológico). Esto contrasta ligeramente con el sentido dado por la CIE-10 aquí al término, al incluir tristeza y anhedonia como representativos de la disforia.

F15.3 Estado de abstinencia de otros estimulantes, incluyendo cafeína

Véase la descripción general de F1x.3, Estado de abstinencia [debido al uso de sustancias psicoactivas].

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se deben satisfacer criterios generales con estado de abstinencia (F1x.3).
- B. Hay humor disfórico (por ejemplo, tristeza o anhedonia).



C. Dos de los siguientes signos deben estar presentes:

- 1) letargo o fatiga;
- 2) retardo o agitación psicomotriz;
- 3) deseo imperioso de drogas estimulantes;
- 4) aumento del apetito;
- 5) insomnio o hipersomnio;
- 6) sueños extraños o desagradables.

Anotación Latinoamericana

Debe especificarse que la droga implicada en la causalidad de estas alteraciones mentales y del comportamiento, sobre la base de la información confiablemente obtenida del propio paciente o de fuentes extendidas de información así como por las pruebas adicionales de diagnóstico es, predominante o exclusivamente, un estimulante diferente a la cocaína, y que puede incluir a la cafeína en dosis clínicamente significativas.

F15.30 Estado de abstinencia a la cafeína.

Por su importancia para la región, constituida por países donde se produce – y se consume – mucho café, el estado de abstinencia de la cafeína merece atención especial. Aparte de los criterios diagnósticos ya listados en esta categoría, debe agregarse la marcada cefalea, ansiedad, depresión, náusea y vómitos que pueden presentarse en casos graves de suspensión del consumo de cafeína.

Para mayor claridad, la GLADP-VR utiliza el término **disforia** en el sentido de “un sentimiento de desagrado e inquietud general; un estado de ánimo de insatisfacción e inquietud general” (ver Glosario Lexicológico). Esto contrasta ligeramente con el sentido dado por la CIE-10 aquí al término, al incluir tristeza y anhedonia como representativos de la disforia.

F16 Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Alucinógenos

F16.0 Intoxicación aguda por alucinógenos

Véase la descripción general de F1x.0, Intoxicación aguda [debido al uso de sustancias psicoactivas].

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se deben satisfacer los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0).
- B. Debe existir comportamiento alterado o anomalías perceptivas como se evidencia por al menos uno de los siguientes:
 - 1) ansiedad y temor;
 - 2) ilusiones o alucinaciones auditivas, visuales y táctiles que aparecen en completo estado de vigilia y alerta;



- 3) despersonalización;
 - 4) desrealización;
 - 5) ideación paranoide;
 - 6) ideas de referencia;
 - 7) labilidad del humor;
 - 8) hiperactividad;
 - 9) actos impulsivos;
 - 10) deterioro de la atención;
 - 11) interferencia en el funcionamiento personal.
- C. Al menos dos de los siguientes signos deben estar presentes:
- 1) taquicardia;
 - 2) palpitaciones;
 - 3) sudoración y escalofríos;
 - 4) temblor;
 - 5) visión borrosa;
 - 6) dilatación pupilar;
 - 7) incoordinación.

Anotación Latinoamericana

Debe especificarse que la droga implicada en la causalidad de estas alteraciones mentales y del comportamiento, sobre la base de la información confiablemente obtenida del propio paciente o de fuentes extendidas de información así como por las pruebas adicionales de diagnóstico es, predominante o exclusivamente, una sustancia alucinógena.

F16.3 Estado de abstinencia de alucinógenos

Véase la descripción general de F1x-3, Estado de abstinencia [debido al uso de sustancias psicoactivas].

Criterios Diagnósticos de Investigación

Nota: No hay un estado de abstinencia a alucinógenos reconocido.

Anotación Latinoamericana

Se recomienda no hacer uso de esta categoría dada la ausencia de evidencia empírica, clínica o experimental sobre su existencia. Más evidencia se ha acumulado, en cambio, para el **trastorno perceptual persistente (“flashbacks”)** debido al uso de alucinógenos, el cual podría ser incorporado en su lugar. Este último trastorno no constituye un estado de abstinencia, ni reúne las condiciones necesarias para ser considerado un verdadero trastorno psicótico, y se presenta luego que se ha detenido el consumo de sustancias alucinógenas, por lo que no parece apropiado situarlo en **F1x.7, Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío**.



F17 Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Tabaco

F17.0 Intoxicación aguda por tabaco (nicotina)

Véase la descripción general para F1x.0, Intoxicación aguda [debida al uso de sustancias psicoactivas].

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se deben satisfacer los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0).
- B. Debe existir comportamiento alterado o anormalidades de la percepción como se evidencia por al menos uno de los siguientes:
 - 1) insomnio;
 - 2) sueños extraños;
 - 3) labilidad del humor;
 - 4) desrealización;
 - 5) interferencia en el funcionamiento personal.
- C. Al menos uno de los siguientes signos deben estar presentes:
 - 1) náusea o vómitos;
 - 2) sudoración;
 - 3) taquicardia;
 - 4) arritmias cardíacas.

Anotación Latinoamericana

Debe especificarse que la droga implicada en la causalidad de estas alteraciones mentales y del comportamiento, sobre la base de la información confiablemente obtenida del propio paciente o de fuentes extendidas de información así como por las pruebas adicionales de diagnóstico es, predominante o exclusivamente, el tabaco (la nicotina). Cabe mencionar que con el ingreso de los tratamientos de reemplazo de nicotina a Latinoamérica, la aparición de cuadros de intoxicación por esta sustancia es un fenómeno que cada vez es más frecuente en los centros de deshabitación por esta sustancia.

F17.3 Estado de abstinencia al tabaco

Véase la descripción general para F1x.3, Estado de abstinencia [debida al uso de sustancias psicoactivas].

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se deben satisfacer los criterios generales de estado de abstinencia (F1x.3).
- B. Dos de los siguientes signos deben estar presentes:
 - 1) deseo imperioso de tabaco;
 - 2) malestar o debilidad muscular;
 - 3) ansiedad;



- 4) humor disfórico;
- 5) irritabilidad o inquietud;
- 6) insomnio;
- 7) aumento del apetito;
- 8) incremento de la tos;
- 9) ulceraciones bucales;
- 10) dificultad en la concentración.

Anotación Latinoamericana

Debe especificarse en los Criterios Diagnósticos de Investigación que la droga implicada es, predominante o exclusivamente, el tabaco (la nicotina).

F18 Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Disolventes Volátiles

F18.0 Intoxicación aguda por disolventes volátiles

Véase la descripción general para F1x.0, Intoxicación aguda [debida al uso de sustancias psicoactivas].

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se deben satisfacer los criterios generales para intoxicación aguda (F1x.0).
- B. Debe existir comportamiento alterado como se evidencia en al menos uno de los siguientes.
 - 1) apatía y letargo;
 - 2) actitud discutidora;
 - 3) agresividad;
 - 4) labilidad del humor;
 - 5) juicio alterado;
 - 6) deterioro de memoria y atención;
 - 7) retardo psicomotor;
 - 8) interferencia en el funcionamiento personal.
- C. Al menos uno de los siguientes signos deben estar presentes:
 - 1) marcha inestable;
 - 2) dificultad para mantenerse de pie;
 - 3) habla farfullante;
 - 4) nistagmo;
 - 5) nivel de conciencia disminuido (p.e. estupor, coma);
 - 6) debilidad muscular;
 - 7) visión borrosa o diplopía.



Anotación Latinoamericana

Debe especificarse que la droga implicada en la causalidad de estas alteraciones mentales y del comportamiento, sobre la base de la información confiablemente obtenida del propio paciente o de fuentes extendidas de información así como por las pruebas adicionales de diagnóstico es, predominante o exclusivamente, un disolvente volátil.

Los trastornos debidos al uso de solventes volátiles constituyen un problema de salud pública para algunos países en América Latina, especialmente en poblaciones de adolescentes y niños de condiciones socioeconómicas pobres, en las que su uso se ha extendido considerablemente. Es por eso que se sugiere a los clínicos latinoamericanos estar atentos a la formulación de estos diagnósticos y a la evaluación cuidadosa de su impacto tanto mental como médico general sobre el paciente.

Es importante también señalar que el uso de estos productos está fuertemente asociado con otros trastornos psiquiátricos comórbidos, tales como los trastornos de conducta.

Otro dato de interés para el clínico latinoamericano puede ser el que, en países desarrollados, el uso de disolventes volátiles ha sido asociado con uso posterior de sustancias inyectadas y con un incremento consecuente en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

F18.3 Estado de abstinencia de disolventes volátiles

Criterios Diagnósticos de Investigación

Nota: Hay una información inadecuada sobre el estado de abstinencia de disolventes volátiles por lo que los Criterios Diagnósticos de Investigación deben formularse.

F19 Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Múltiples Drogas y por el Uso de Otras Sustancias Psicoactivas

Se debe usar esta categoría cuando se sabe que hay en cuestión dos o más sustancias psicoactivas pero es imposible determinar cuál contribuye más al trastorno. Esta categoría debe emplearse también cuando es incierta o desconocida la identidad de alguna o incluso de todas las sustancias psicoactivas que han sido usadas, ya que muchas personas que consumen múltiples drogas a menudo no conocen en detalle cuáles están tomando.

Incluye: mal uso de drogas sin especificación

F19.0 Intoxicación aguda grave debido al uso de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas

Criterios Diagnósticos de Investigación

Esta categoría debería ser usada cuando haya evidencia de intoxicación debido al uso reciente de otras sustancias psicoactivas (p.e. fenciclidina) o de múltiples drogas entre las que no se sabe con certeza qué sustancia predomina.



Anotación Latinoamericana

Esta categoría es de gran importancia para los clínicos latinoamericanos, puesto que el patrón de uso de sustancias en la región latinoamericana parece corresponder con frecuencia a este tipo, en el que más de una droga o sustancia psicoactiva está implicada. Por ejemplo: alcohol y cocaína, o alcohol, sedativos y estimulantes, o cocaína y otros estimulantes, como las anfetaminas.



ESQUIZOFRENIA, TRASTORNOS ESQUIZOTÍPICOS Y TRASTORNOS DELIRANTES (DELUSIVOS) (F20-F29)

Índice de esta Sección

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F20	Esquizofrenia	159
F20.0	Esquizofrenia paranoide	163
F20.1	Esquizofrenia hebefrénica	163
F20.2	Esquizofrenia catatónica	164
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada	165
F20.4	Depresión post-esquizofrénica	165
F20.5	Esquizofrenia residual	166
F20.6	Esquizofrenia simple	167
F20.8	Otras esquizofrenias	168
F20.9	Esquizofrenia no especificada	169
Quinto carácter para especificar la forma de evolución:		
F20.x0	Continua.	
F20.x1	Episódica con defecto progresivo	
F20.x2	Episódica con defecto estable	
F20.x3	Episódica con remisiones completas	
F20.x4	Con remisión incompleta	
F20.x5	Con remisión completa	
F20.x8	Otra forma de evolución	
F20.x9	Forma de evolución indeterminada, período de observación demasiado breve	
F21	Trastorno Esquizotípico	169
F22	Trastornos Delusivos Persistentes	170
F22.0	Trastorno delusivo	171
F22.8	Otros trastornos delusivos persistentes	172
F22.9	Trastorno delusivo persistente no especificado	172
F23	Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios	172
F23.0	Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia	173
F23.1	Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia	174
F23.2	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	174
F23.3	Otro trastorno psicótico agudo con predominio de delusiones	175



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F23.8	Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	175
F23.9	Trastorno psicótico agudo y transitorio no especificado	176
F24	Trastorno Delusivo Inducido	176
F25	Trastornos Esquizoafectivos	176
F25.0	Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco	177
F25.1	Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo	178
F25.2	Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto	178
F25.8	Otros trastornos esquizoafectivos	178
F25.9	Trastorno esquizoafectivo no especificado	178
F28	Otros Trastornos Psicóticos de Origen no Orgánico	178
F29	Psicosis de Origen no Orgánico no Especificada	179



INTRODUCCIÓN A LA SECCIÓN

En este grupo se han reunido la esquizofrenia en su calidad de integrante más importante del grupo, los trastornos esquizotípicos, los trastornos delirantes (delusivos) persistentes y un gran grupo de trastornos psicóticos agudos y transitorios. Los trastornos esquizoafectivos se mantienen en este grupo, a pesar de que su naturaleza es objeto de controversia.

F20 Esquizofrenia

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan, en general, por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales. Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se cuentan el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo.

La evolución de los trastornos esquizofrénicos puede ser continua, o episódica, con déficit progresivo o estable, o bien puede haber uno o más episodios, con remisión completa o incompleta. No debe hacerse diagnóstico de esquizofrenia cuando hay síntomas depresivos o maníacos extensos, a menos que haya quedado en claro que los síntomas esquizofrénicos antecedieron a la perturbación afectiva. Tampoco debe diagnosticarse esquizofrenia cuando existe una enfermedad cerebral manifiesta, ni durante los estados de intoxicación o de abstinencia de drogas. Los trastornos similares que se desarrollan cuando hay epilepsia u otra enfermedad cerebral, deben ser clasificados en F06.2 y aquellos inducidos por sustancias psicoactivas, en F10-F19 con cuarto carácter común .5.

Anotación Latinoamericana

1. “Contexto esquizofrénico”

La Esquizofrenia está definida centralmente en base a sus síntomas psicóticos reduciendo el valor central que tiene el peculiar defecto que causa en la personalidad. El defecto queda englobado sólo como una posibilidad o no dentro de las alternativas evolutivas y no como un hecho necesario a la definición de Esquizofrenia. Las manifestaciones esquizofrénicas no son “manchas negras” sobre un fondo blanco. El psiquismo total del paciente suele estar afectado de manera tal, que los síntomas “clave” para el diagnóstico transcurren sobre un fondo de rarezas, extravagancias y manifestaciones menores que, aunque insuficientes por sí solas para formular ese diagnóstico, completan la *gestalt* esquizofrénica. Con otras palabras, las manifestaciones *sui generis* por las cuales se establece el diagnóstico de esquizofrenia no suelen aparecer en el contexto de una personalidad por lo demás normal, sino en el conjunto de esas otras alteraciones más sutiles a las que llamamos “contexto esquizofrénico”.



2. Pródromo

Es importante llamar la atención a las primeras manifestaciones de la esquizofrenia, que pueden preceder en meses o años la aparición de los síntomas positivos completos (delusiones, alucinaciones, comportamiento extraño, trastorno formal del pensamiento, desorganización). En esta fase prodrómica pueden ocurrir síntomas positivos transitorios o subclínicos, además de los síntomas negativos, problemas cognitivos y disminución en funcionamiento

3. Insight

Deterioro del *insight* es una función cardinal de la esquizofrenia. Aunque la psicosis se asocia generalmente con “falta de *insight*”, el *insight* no debe considerarse como una construcción de todo o nada, ni como una estructura unidimensional. Conciencia de tener una enfermedad mental, reetiquetar los síntomas o experiencias o parte de de ellos, y reconocer la necesidad de tratamiento son componentes del *insight* (Mella, Dantas & Banzato, 2011; Tranulis, Corin & Kirmayer, 2008).

4. Contexto cultural

En América Latina, debe prestarse especial atención a las delusiones de contenido religioso, que están entre las más frecuentes. A veces, puede ser difícil diferenciar las delusiones de las creencias religiosas culturalmente sancionadas, así como falta de *insight* derivados de modelos explicativos religiosos de enfermedad.

Excluye: Esquizofrenia:

- aguda (indiferenciada) (F23.2)
- cíclica (F25.2)
- Reacción esquizofrénica (F23.2)
- Trastorno esquizotípico (F21)

Criterios Diagnósticos de Investigación

Esta categoría global incluye los tipos de esquizofrenia más frecuentes, junto con otras variedades menos frecuentes y con los trastornos estrechamente relacionados con ella.

F20.0-F20.3 Criterios generales para la esquizofrenia tipo paranoide, hebefrénica, catatónica e indiferenciada:

G1. Al menos uno de los síndromes, síntomas y signos listados en el apartado 1), o bien *por lo menos dos* de los síntomas y signos listados en 2), deben haber estado presentes la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica de *por lo menos un mes* de duración (o algún tiempo durante la mayor parte de los días).

1) Por lo menos uno de los siguientes:

- a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad, referidas



claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes.

- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca del enfermo u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
 - d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son inverosímiles, tales como las que se refieren a la identidad religiosa o política, a capacidades y poderes sobrehumanos (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro mundo).
- 2) Al menos dos de las siguientes:
- a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no muy estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro, o de ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante al menos un mes.
 - b) Neologismos, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial.
 - c) Conducta catatónica, tal como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo y estupor.
 - d) Síntomas “negativos”, tales como marcada apatía, empobrecimiento de la expresión verbal y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (síntomas que suelen llevar al aislamiento social y a la disminución de los rendimientos). Debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica.

G2. Criterio de exclusión más frecuente usado:

- 1) Si en el enfermo se satisfacen también los criterios para un episodio maníaco (F30) o depresivo (F32), los criterios listados más arriba en G1 (1) y G1 (2) deben haber estado presentes antes de la aparición del trastorno del humor.
- 2) El trastorno no es atribuible a una enfermedad orgánica cerebral (en el sentido en que se especifica en F00-F09) o a intoxicación (F1x.0), dependencia (F1x.2) o abstinencia (F1x.3 y F1x.4) relacionadas con alcohol u otras drogas.

FORMAS DE EVOLUCIÓN

Debido a la considerable variación de la evolución de los trastornos esquizofrénicos, puede ser conveniente (en especial para investigación) especificar la forma evolutiva, utilizando un quinto dígito. La evolución no deberá codificarse a menos que haya habido un período de observación de al menos un año.

F20.x0 Continua:

Sin remisión de los síntomas psicóticos durante el período de observación.

F20.x1 Episódica con defecto progresivo:

Desarrollo progresivo de síntomas “negativos” en los intervalos entre episodios psicóticos.



F20.x2 Episódica con defecto estable:

Síntomas “negativos” persistentes, pero no progresivos en los intervalos entre episodios psicóticos.

F20.x3 Episódica con remisiones completas:

Con remisiones completas o virtualmente completas entre los episodios psicóticos.

F20.x4 Remisión incompleta:

Persisten algunas ideas delusivas, alucinaciones o manifestaciones conductuales que pueden interferir levemente con el funcionamiento del paciente; pero que no llegan a justificar el diagnóstico de esquizofrenia, ni el de funcionamiento psicótico.

F20.x5 Remisión completa:

El funcionamiento psicótico ha desaparecido (ver definición de psicosis en Glosario Lexicológico). Sólo perduran síntomas negativos que no satisfacen los criterios de esquizofrenia. Por lo general, el paciente exhibe un reconocimiento crítico de la naturaleza morbosa de la experiencia esquizofrénica vivida.

F20.x8 Otra forma de evolución

F20.x9 Evolución indefinible, período de observación menor de un año

Anotación Latinoamericana

Es importante hacer alusión a la tolerancia e indiferencia al dolor que pueden mostrar algunos pacientes esquizofrénicos, lo cual podría enmascarar condiciones médicas importantes.

La necesidad de que los síntomas psicóticos hayan durado al menos un mes, para hacer el diagnóstico de esquizofrenia, puede obviarse si el paciente ha recibido con anterioridad un diagnóstico confiable de esquizofrenia.

Los términos “defecto esquizofrénico”, “remisión completa” y “remisión incompleta” deben ser definidos para evitar ambigüedades y confusiones en la codificación de estos trastornos, por lo que se proponen las siguientes definiciones:

Esquizofrenia deficitaria

Aparición de síntomas de los llamados “negativos”, o “deficitarios” (embotamiento afectivo, aislamiento, apatía, abulia, falta de interés y curiosidad, abandono de hábitos personales e intereses, etc.) que no sean la consecuencia directa de síntomas positivos, de la medicación, condiciones aberrantes del entorno u otra afección somática o mental (depresión, por ejemplo), sino una manifestación estable o progresiva del proceso esquizofrénico. Además, para diagnosticar un defecto esquizofrénico, sus manifestaciones deben ser lo suficientemente mantenidas e intensas, como para crear dificultades significativas en alguna esfera importante de funcionamiento. Con base en lo anteriormente expresado, dicho diagnóstico no deberá ser formulado durante la etapa aguda del trastorno, sino en los períodos de remisión del mismo. Se recomienda poner especial énfasis en descartar que los síntomas puedan ser mejor explicados por la medicación neuroléptica, condiciones alienantes de vida o la presencia de otros trastornos somáticos o mentales concomitantes.



Remisión completa

Se considerará al paciente en tal estado evolutivo cuando se haya producido la desaparición del cuadro psicótico (ver definición de psicosis en la guía lexicológica) y se recupere el funcionamiento. Pueden persistir síntomas negativos (deficitarios) pero no se satisfacen los criterios diagnósticos de esquizofrenia. Por lo general, el paciente tiene conciencia de la naturaleza morbosa de la experiencia esquizofrénica sufrida.

Remisión incompleta

Persisten algunas ideas delusivas, alucinaciones atenuadas o manifestaciones comportamentales capaces de interferir ligeramente con alguna esfera importante de funcionamiento del paciente, pero que, por sus características, poca intensidad y baja frecuencia, no reúnen en el momento los criterios de esquizofrenia ni el de un funcionamiento psicótico. Por lo general la crítica sobre las vivencias esquizofrénicas experimentadas no es completa.

F20.0 Esquizofrenia paranoide

En la esquizofrenia paranoide predominan las delusiones relativamente estables, a menudo de tipo paranoide, las cuales se acompañan habitualmente de alucinaciones, especialmente del tipo auditivo y de perturbaciones de la percepción. No hay perturbaciones del afecto, ni de la volición, ni del lenguaje, como tampoco síntomas catatónicos, o bien esta sintomatología es relativamente poco notoria.

Incluye: Esquizofrenia parafrénica

Excluye: Estado involutivo paranoide (F22.8)
Paranoia (F22.0)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Deben satisfacerse los criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia (F20.0-F20.3).
- B. Las alucinaciones o delusiones de tipo paranoide deben ser notables (tales como delusiones de persecución, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal; voces amenazantes o impositivas, alucinaciones olfatorias, gustativas, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales).
- C. En el cuadro clínico no debe predominar el embotamiento o incongruencia afectivos, los síntomas catatónicos o el lenguaje incoherente, aunque puede hallarse presente alguno o todos estos fenómenos.

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica

Forma de esquizofrenia en la cual hay importantes cambios afectivos, delusiones y alucinaciones fugaces y fragmentarias, comportamiento irresponsable e impredecible, en tanto que son frecuentes los manierismos. El humor es superficial e inadecuado. El pensamiento se halla desorganizado y el lenguaje es incoherente. Hay tendencia al aislamiento social. Por lo común el pronóstico es sombrío, debido al rápido desarrollo de síntomas "negativos", especialmente de un aplanamiento del afecto y de una pérdida de la volición. Normalmente debe diagnosticarse hebefrenia sólo en adolescentes o en adultos jóvenes.



Incluye: Esquizofrenia desorganizada
Hebefrenia

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Deben satisfacerse los criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia (F20.0-F20.3) mencionados más arriba.
- B. Debe hallarse presente al menos uno de los dos siguientes:
 - 1) embotamiento o superficialidad afectivos claros y persistentes;
 - 2) afectividad inadecuada o no congruente, de forma clara y persistente.
- C. Debe hallarse presente al menos uno de los dos siguientes:
 - 1) comportamiento errático, vacío de contenido y desorganizado, en vez de estar dirigido a objetivos claros;
 - 2) marcado trastorno del pensamiento, puesto de manifiesto por un lenguaje desorganizado, divagante o incoherente.
- D. El cuadro clínico no debe estar dominado por alucinaciones o delusiones, aunque ambos fenómenos pueden estar presentes.

F20.2 Esquizofrenia catatónica

En la esquizofrenia catatónica predominan importantes perturbaciones psicomotoras, las cuales pueden alternar entre extremos tales como la hipercinesis y el estupor, o entre la obediencia automática y el negativismo. El paciente puede mantener posiciones y actitudes forzadas durante largos períodos. Una característica llamativa de esta afección, son los posibles episodios de excitación violenta. Los fenómenos catatónicos pueden combinarse con un estado onírico (oneiroide), con vívidas alucinaciones escénicas.

Incluye: Catalepsia esquizofrénica
Catatonía esquizofrénica
Estupor catatónico
Flexibilidad cética esquizofrénica

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Deben satisfacerse los criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia (F20.0-F20.3), aunque al principio esto puede no ser posible si el enfermo es inaccesible a la comunicación.
- B. Uno o más de los siguientes síntomas catatónicos debe ser prominente durante un período de *al menos dos semanas*:
 - 1) Estupor (marcada disminución de la capacidad de reacción al ambiente y reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos) o mutismo.
 - 2) Excitación (actividad motriz sin propósito aparente, no influida por los estímulos externos).
 - 3) Catalepsia (adopción y mantenimiento voluntarios de posturas inadecuadas o extravagantes).
 - 4) Negativismo (resistencia, aparentemente sin motivo, a cualquier instrucción o intento de ser movilizado, o presencia de movimientos de oposicionismo).



- 5) Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser movilizado).
- 6) Flexibilidad cérea (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior).
- 7) Obediencia automática (cumplimiento automático de las instrucciones).

Anotación Latinoamericana

Aunque este subtipo de esquizofrenia es actualmente menos diagnosticado que antes, no sólo en Latinoamérica sino también en los países desarrollados, los psiquiatras deben ser conscientes de la gravedad de esta enfermedad potencialmente mortal. Complicaciones clínicas, tales como deshidratación, desequilibrio electrolítico, infecciones y trombosis venosa profunda, son complicaciones posibles a consecuencia del grave retraso psicomotor. Por lo tanto, las medidas de apoyo clínico son obligatorias.

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

Afecciones psicóticas que cumplen con los criterios diagnósticos generales señalados para la esquizofrenia, pero que no se ajustan a ninguno de los subtipos descritos en F20.0-F20.2 o bien exhiben las características de más de uno de ellos, sin claro predominio de ningún conjunto de rasgos diagnósticos en particular.

Incluye: Esquizofrenia atípica

Excluye: Depresión post-esquizofrénica (F20.4)

Esquizofrenia crónica indiferenciada (F20.5)

Trastorno psicótico agudo esquizofreniforme (F23.2)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Debe satisfacerse los criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia (F20) mencionados más arriba.
- B. Una de las dos condiciones siguientes se aplica:
 - 1) No hay un número suficiente de síntomas como para satisfacer los criterios de los subtipos F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4 ó F20.5.
 - 2) Hay un número tan elevado de síntomas que se satisfacen criterios para más de uno de los subtipos listados en (1).

F20.4 Depresión post-esquizofrénica

Episodio depresivo, que puede ser prolongado y que aparece como secuela de un mal esquizofrénico. Puede haber todavía algunos síntomas esquizofrénicos, tanto “positivos”, como “negativos”, pero éstos ya no son los que predominan en el cuadro clínico. Estos estados depresivos se asocian con un alto riesgo de suicidio. Si el paciente ya no tiene ningún síntoma esquizofrénico, debe diagnosticarse el episodio depresivo (F32.-). Si los síntomas esquizofrénicos son aun floridos y relevantes, debe mantenerse el diagnóstico en el subtipo correspondiente de esquizofrenia (F20.0-F20.3).



Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Los criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia deben haberse satisfecho en los últimos doce meses y, aunque persistan algunos síntomas esquizofrénicos del apartado (F20.0-F20.3) no puede hacerse el diagnóstico de esquizofrenia en el momento de la entrevista.
- B. Uno de los criterios G1 (2), a, b, c ó d para las categorías F20.0-F20.3 debe estar todavía presente.
- C. Los síntomas depresivos deben ser lo suficientemente prolongados, extensos y graves como para satisfacer por lo menos los criterios de un episodio depresivo leve (F32.0).

Anotación Latinoamericana

En este manual la depresión post-esquizofrénica no se considera una forma de esquizofrenia, sino un epifenómeno en el curso de la misma. En general se acepta que la depresión puede aparecer en cualquier fase del cuadro esquizofrénico y no sólo después de la fase aguda (Falkai et al., 2005). Para codificar la presencia de un cuadro depresivo durante la remisión de un brote agudo esquizofrénico, se sugiere que se formulen dos diagnósticos:

1. El diagnóstico de la forma de esquizofrénica en remisión.
2. La depresión post-esquizofrénica.

F20.5 Esquizofrenia residual

Estadio crónico del desarrollo de un mal esquizofrénico en el que se haya registrado un claro progreso desde una etapa inicial a otra más avanzada, y que se caracteriza por síntomas “negativos” de larga duración, aunque no necesariamente irreversibles, entre los que se hallan la lentitud psicomotriz, la hipoactividad, el aplanamiento del afecto, la pasividad y la falta de iniciativa, la pobreza del lenguaje en cantidad y en contenido, la mediocridad de comunicación no verbal (mediante la expresión facial, el contacto visual, la modulación de la voz y la posición), el descuido personal y un pobre desempeño social.

Incluye: Esquizofrenia crónica indiferenciada**
Estado esquizofrénico residual
Restzustand (esquizofrénico)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Los criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia (F20.0-F20.3) deben haberse satisfecho en algún momento del pasado, pero no puede hacerse este diagnóstico en la actualidad.
- B. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas “negativos” deben haber estado presentes a lo largo de *los doce meses previos al diagnóstico*.
 - 1) Inhibición psicomotriz o hipoactividad.
 - 2) Claro embotamiento afectivo.
 - 3) Pasividad y falta de iniciativa.



- 4) Pobreza de la cantidad o del contenido del lenguaje.
- 5) Pobreza de la comunicación no verbal (expresión facial, contacto visual, modulación de la voz o postura).
- 6) Rendimientos sociales escasos o deterioro del aseo y cuidado personal.

Anotación Latinoamericana

En el contexto latinoamericano, los síntomas negativos rara vez son reconocidos por las familias como parte de la esquizofrenia. A pesar de la carga que representan a los cuidadores y la fuerte asociación que tiene con una pobre evaluación, los síntomas negativos son considerados como menos problemáticos y no suelen ser motivo de preocupación o queja. Culturalmente, las expectativas de las familias acerca de la vida independiente y la libre determinación del paciente pueden diferir del de la tradición anglosajona, dado que la dependencia de la familia es aparentemente más aceptable en América Latina.

F20-F29

F20.6 Esquizofrenia simple

Trastorno en el cual se da un desarrollo insidioso pero progresivo de comportamiento extravagante, con incapacidad para cumplir con los requerimientos sociales y declinación del desempeño en general. Los rasgos negativos característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, el aplanamiento del afecto, la pérdida de la volición, etc.) se desarrollan sin ser precedidos por ninguna sintomatología psicótica manifiesta.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Desarrollo lento y progresivo, durante un año por lo menos, de los tres siguientes síntomas:
 - 1) Un cambio claro en las cualidades globales de la personalidad previa, manifestado por pérdida de la iniciativa e intereses, conducta vacía y carente de propósito, una actitud de retraimiento sobre sí mismo y aislamiento social.
 - 2) Aparición gradual y progresiva de síntomas “negativos”, tales como inhibición psicomotriz o hipoactividad, claro embotamiento afectivo, pasividad y falta de iniciativa, empobrecimiento de la cantidad o contenido del lenguaje y de la comunicación no verbal (expresión facial, contacto visual, modulación de la voz o postura).
 - 3) Disminución marcada de los rendimientos sociales, académicos o laborales.
- B. Ausencia, en todo momento, de las experiencias subjetivas anormales descritas en el apartado G1 en F20.0-F20.3, así como de alucinaciones o delusiones estructuradas de cualquier tipo (es decir, nunca se han satisfecho los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia ni tampoco para otro trastorno psicótico).
- C. Ausencia de evidencia de demencia u otro trastorno mental orgánico, en el sentido de la sección F00-F09.



F20.8 Otras esquizofrenias

- Incluye:** Esquizofrenia cenestopática
Psicosis esquizofreniforme sin especificación
Trastorno esquizofreniforme sin especificación
- Excluye:** Trastornos esquizofreniformes breves (F23 .2)

Anotación Latinoamericana

En este manual se considera pertinente la inclusión en F20.8 de la esquizofrenia infantil, según la descripción y las pautas diagnósticas que a continuación se presentan:

F20.80 Esquizofrenia Infantil

Muchos de los cuadros esquizofrénicos que comienzan en la infancia y la adolescencia tienen una patoplastía similar; y pueden ser clasificados en los mismos rubros y de acuerdo con iguales indicadores que aquellos que ocurren en la adultez. Sin embargo, otros (sobre todo los de inicio más precoz) pueden tener un cuadro clínico *sui generis*. Son cuadros abigarrados, que suelen comenzar entre los 5 y 10 años, habitualmente precedidos por un período de manifestaciones prodrómicas.

Además de los síntomas esenciales reflejados en las pautas diagnósticas, los niños afectados por este trastorno pueden presentar períodos de ansiedad extrema, impulsividad y agresividad (incluyendo automutilaciones).

También se observa balanceo del cuerpo, hipercinesia, estereotipias conductuales y verbales, ecolalia, manifestaciones obsesivo-compulsivas, trastornos de los hábitos y del sueño, y desconocimiento del propio cuerpo.

Pautas para el diagnóstico

La esquizofrenia infantil es una entidad poco frecuente, pero evidenciada en la práctica por:

- A. Dos o más de los siguientes síntomas han estado presentes durante una parte significativa de un período de un mes (o menos si el paciente ha sido tratado con éxito). Al menos uno de los dos primeros (1) ó (2) debe estar claramente presente:
1. Delusiones (son raras).
 2. Alucinaciones (más frecuentemente las visuales).
 3. Lenguaje desorganizado, (retraso o detención).
 4. Comportamiento gravemente desorganizado.
 5. Síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alergia o abulia)
- B. Disfunción socio-educacional: durante una parte significativa del tiempo, desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes del funcionamiento del niño, como la escuela, las relaciones interpersonales o el cuidado de sí mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno.



- C. Duración: persisten algunos de los signos continuos de la alteración durante seis o más meses. Los síntomas deben satisfacer los criterios expuestos en el criterio (A) durante no menos de un mes, a menos que hayan sido tratados exitosamente.
- D. El trastorno no debe satisfacer los requerimientos de ningún otro diagnóstico incluíble en cualquier otro apartado de este manual. Especial interés debe ponerse en pesquisar la patología de base orgánica y aquellos trastornos de aparición temprana (categorías F7, F8 y F9) especialmente los “trastornos generalizados del desarrollo”.

Nota: El diagnóstico de esquizofrenia infantil solo será formulado si: 1) el paciente presenta síntomas que satisfacen los requerimientos diagnósticos antes expuestos; 2) dichos síntomas transcurren en un contexto compatible con ese diagnóstico; y 3) el clínico está razonablemente seguro de que ningún otro trastorno puede explicar satisfactoriamente el cuadro clínico.

F20.9 Esquizofrenia no especificada

F21 Trastorno Esquizotípico

Trastorno caracterizado por comportamiento excéntrico y anomalías del pensamiento y del afecto, que se asemejan a los observados en la esquizofrenia, aunque en ninguna etapa aparecen anomalías características y definitivamente esquizofrénicas. Entre sus síntomas puede haber afecto frío o inapropiado, anhedonia, comportamiento peculiar o excéntrico, tendencia al aislamiento social; ideas paranoides o estafalarias, que no alcanzan a ser verdaderas delusiones; cavilaciones obsesivas; trastornos del pensamiento y perturbaciones de la percepción; episodios cuasi psicóticos transitorios ocasionales, con intensas ilusiones, alucinaciones auditivas o de otra índole e ideas pseudodelusivas, todo lo cual ocurre habitualmente sin mediar provocación externa alguna. No hay comienzo definido y su evolución y curso por lo común es la de un trastorno de la personalidad.

Incluye: Esquizofrenia:

- latente
- limítrofe
- prepsicótica
- prodrómica
- pseudoneurótica
- pseudopsicopática

Reacción esquizofrénica latente

Trastorno esquizotípico de la personalidad

Excluye: Síndrome de Asperger (F84.5)

Trastorno esquizoide de la personalidad (F60.1)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. El sujeto debe haber manifestado durante al menos dos años, por lo menos cuatro de las siguientes características, de una manera continuada o episódica:



- 1) Una afectividad fría y vacía de contenido, que a menudo se acompaña de anhedonia.
 - 2) Comportamiento y apariencia extraños, excéntricos o peculiares.
 - 3) Contacto personal empobrecido y tendencia al retraimiento social.
 - 4) Creencias extravagantes, fantásticas y preocupaciones autísticas que no conforman claras ideas delirantes.
 - 5) Ideas de referencia, ideas paranoides.
 - 6) Rumiaciones obsesivas sin resistencia interna, a menudo con contenidos dismórficos, sexuales o agresivos.
 - 7) Ilusiones somato-sensoriales y experiencias de despersonalización o desrealización ocasionales.
 - 8) Pensamiento y lenguaje vagos, circunstanciales, metafóricos, extraordinariamente elaborados y a menudo estereotipados, sin llegar a una clara incoherencia o divagación del pensamiento.
 - 9) Episodios ocasionales casi psicóticos transitorios con intensas ilusiones, alucinaciones visuales y auditivas o de otro tipo e ideas pseudo-delirantes, que normalmente se desencadenan sin provocación externa.
- B. En el sujeto nunca se han satisfecho los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia (F20).

F22 Trastornos Delusivos Persistentes

Comprende una diversidad de trastornos en los cuales las delusiones de larga duración constituyen su única, o la más visible, característica clínica, y que no pueden ser clasificados como trastornos orgánicos, esquizofrénicos o afectivos. Los trastornos delirantes que hayan durado menos de unos pocos meses deben ser clasificados, al menos temporalmente, en F23.

Anotación Latinoamericana

Se propone agregar a la descripción de los trastornos delusivos persistentes el siguiente párrafo:

“Las delusiones tienden a ser particularmente resistentes a la terapéutica, por lo que rara vez se consigue remisiones espectaculares o estables”.

En este manual, y mientras se haga las modificaciones pertinentes, se recomienda a los usuarios agregar (entre paréntesis) el término “delusivo” a la designación de la categoría y sub-categorías relacionadas, para ser consistentes con la propuesta de utilizar, por su mayor precisión nosológica, la expresión “delusión” por delirio o idea delirante. Por otro lado, se considera que en algunos países de Latinoamérica el término “prolongado” puede reflejar mejor que el de “persistente” la verdadera naturaleza y curso de estos trastornos.



F22.0 Trastorno delusivo

Trastorno caracterizado por el desarrollo de una delusión única o de un conjunto de delusiones relacionadas entre sí, las cuales son habitualmente persistentes (prolongadas) y a veces duran toda la vida. El contenido de la delusión (o de las delusiones) es muy variable. Las alucinaciones auditivas claras y persistentes (voces), los síntomas de esquizofrenia tales como las delusiones de control, el aplanamiento marcado del afecto y la evidencia definida de enfermedad cerebral son incompatibles con este diagnóstico. Sin embargo, especialmente en pacientes de edad avanzada, la presencia de alucinaciones auditivas ocasionales o transitorias, no excluye este diagnóstico, mientras ellas no sean típicamente esquizofrénicas y mientras constituyan sólo una pequeña parte del cuadro clínico general.

Incluye: Beziehungswahn sensitiver (delirio sensitivo de referencia)

Estado paranoide
Parafrenia (tardía)
Paranoia
Psicosis paranoide

Excluye: Esquizofrenia paranoide (F20.0)

Psicosis paranoide, psicógena (F23.3)
Reacción paranoide (F23.3)
Trastorno paranoide de la personalidad (F60.0)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Presencia de una delusión o de un grupo de delusiones relacionadas entre sí (distintas a las indicadas como típicamente esquizofrénicas en los criterios G1 (1) b ó d para F20.0-F20.3) (p.e. que no son propias de la cultura del individuo y que son imposibles). Las delusiones más frecuentes son las de persecución, de grandiosidad, hipocondríacas, de celos o eróticas.
- B. Las delusiones de A deben estar presentes durante por lo menos tres meses.
- C. No se deben satisfacer los criterios generales para esquizofrenia (F20.0-F20.3).
- D. No pueden estar presentes alucinaciones persistentes de ningún tipo (aunque se permite la presencia de forma transitoria u ocasional de voces alucinatorias que no son en tercera persona ni comentan la propia actividad).
- E. Pueden presentarse síntomas depresivos de una manera intermitente e incluso un episodio depresivo completo (F32.-) siempre y cuando las ideas delirantes no coincidan con las alteraciones del estado de ánimo.
- F. Criterio de exclusión más frecuentemente usado: No hay evidencia de lesión cerebral primaria o secundaria en el sentido indicado en F0, ni de trastorno psicótico debido a consumo de sustancias psicoactivas (F1x.5).

Especificación para posibles subtipos:

Si se desea se pueden especificar los siguientes tipos: persecutorio, auto-referencial, litigante, grandiosidad, hipocondríaco (somático), de celos, erotomaníaco.



Anotación Latinoamericana

Pese a constituirse en una repetición del término de la categoría de tres dígitos, a la que pertenece, se recomienda que esta sub-categoría mantenga el término completo de **F22.0, Trastorno delusivo persistente** para reflejar de modo más completo su verdadera fenomenología.

F22.8 Otros trastornos delusivos persistentes

Trastornos en los que la o las delusiones se acompañan de voces alucinatorias persistentes, o de síntomas esquizofrénicos, que no justifican el diagnóstico de esquizofrenia (F20.-)

Incluye: Dismorfofobia delirante
Estado paranoide involutivo
Paranoia querellante (querulans)

Criterios Diagnósticos de Investigación

Esta es una categoría residual para los trastornos delusivos (F22.0). Debe codificarse aquí los trastornos en los cuales el tema o conjunto de delusiones se acompañen de voces alucinatorias o de síntomas esquizofrénicos en grado insuficiente como para satisfacer las pautas de esquizofrenia (F20.-). Los trastornos delusivos que han durado por lo menos más de tres meses, pero menos de seis meses, deben, no obstante, ser codificados, al menos transitoriamente, de acuerdo con F23.-

F22.9 Trastorno delusivo persistente no especificado

F23 Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios

Grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por el comienzo agudo de síntomas psicóticos, tales como delusiones, alucinaciones y perturbaciones de la percepción y por una grave alteración del comportamiento habitual del paciente. Se define como agudo el desarrollo creciente de un cuadro clínico claramente anormal, en el lapso de dos semanas o menos. No hay evidencias de una causalidad orgánica en estos trastornos. A menudo hay desconcierto y perplejidad, pero la desorientación en tiempo, espacio y persona no es lo suficientemente persistente o grave para justificar el diagnóstico de delirio de causa orgánica (F05.-). Habitualmente hay recuperación completa en el lapso de unos pocos meses, a menudo en el término de pocas semanas o, incluso, de pocos días. Si el trastorno persiste será necesario hacer un cambio en el diagnóstico. El trastorno puede o no estar asociado a estrés agudo, definido como acontecimientos generalmente estresantes que preceden el comienzo de la enfermedad en una o dos semanas.

Criterios Diagnósticos de Investigación

G1. Comienzo agudo de los siguientes síntomas: delusiones, alucinaciones, marcado trastorno formal del pensamiento o cualquier combinación de los precedentes. El intervalo de tiempo entre el comienzo de cualquiera de los síntomas psicóticos y la presentación florida del trastorno no debe exceder de dos semanas.



- G2. Si se hallan presentes estados transitorios de perplejidad, falsos reconocimientos o déficits de atención y concentración, dichos estados no satisfacen los criterios para un síndrome confusional de etiología orgánica, tal como se especifica en F05, criterio A.
- G3. El trastorno no satisface los criterios diagnósticos de episodio maníaco (F30), episodio depresivo (F32), o trastorno depresivo recurrente (F33).
- G4. No hay evidencia de consumo reciente de sustancias psicoactivas como para satisfacer los criterios de intoxicación (F1x.0), consumo perjudicial (F1x.1), dependencia (F1x.2) o síndromes de abstinencia (F1x.3 y F1x.4). El consumo continuado de alcohol o drogas en cantidades y frecuencia habituales para el sujeto, sobre todo si tal consumo es moderado y no ha producido cambios relevantes, no descarta necesariamente el diagnóstico de F23. La decisión deberá tomarse en función del juicio clínico del investigador y de los requisitos del proyecto de investigación en cuestión.
- G5. Criterio de exclusión más frecuentemente usado: Ausencia de enfermedad orgánica-cerebral (F0) o de perturbaciones metabólicas graves que afecten al sistema nervioso central (sin incluir el parto).

Debe utilizarse un quinto dígito para especificar si el comienzo agudo del trastorno es debido a un estrés agudo (producido en las dos semanas que anteceden a la aparición de los primeros síntomas psicóticos):

F23.x0 no secundario a situación estresante aguda

F23.x1 secundario a situación estresante aguda

Para fines de investigación, se recomienda especificar además el comienzo del trastorno, desde la normalidad a un estado claramente psicótico de la forma siguiente: súbito (comienzo en 48 horas) o agudo (comienzo en más de 48 horas pero no menos de 2 semanas).

Anotación Latinoamericana

En niños, el cuadro clínico puede estar influido por la etapa del desarrollo en que ocurra el trastorno.

F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia

Trastorno psicótico agudo en el cual son evidentes las alucinaciones, las delusiones y las perturbaciones de la percepción, aun cuando son marcadamente variables y cambian de día a día o, incluso, de hora en hora. Con frecuencia hay también confusión emocional, con sentimientos transitorios intensos tanto de felicidad o de éxtasis, como de ansiedad e irritabilidad. El polimorfismo y la inestabilidad son característicos del cuadro clínico general, y los rasgos psicóticos no justifican el diagnóstico de esquizofrenia (F20.-). Estos trastornos son a menudo de comienzo abrupto, evolucionan rápidamente en el lapso de unos pocos días y muestran generalmente una rápida resolución de los síntomas, sin recurrencias. Si los síntomas se mantienen, el diagnóstico deber cambiarse por el de trastorno delirante persistente (F22.-).

Incluye: *Bouffée délirante* sin síntomas de esquizofrenia o no especificada
 Psicosis cicloide sin síntomas de esquizofrenia o no especificada



Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Deben satisfacerse los criterios generales para el diagnóstico de trastorno psicótico agudo y transitorio (F23).
- B. La sintomatología cambia rápidamente de tipo e intensidad, de un día para otro e incluso durante el mismo día.
- C. Presencia de cualquier tipo de alucinaciones o de delusiones, durante varias horas por lo menos, en cualquier momento desde el inicio del trastorno.
- D. Síntomas de por lo menos dos de las siguientes categorías, las cuales se presentan simultáneamente.
 - 1) Confusión emocional, caracterizada por sentimientos intensos de felicidad o éxtasis, o angustia abrumadora o irritabilidad marcada.
 - 2) Perplejidad o identificación errónea de personas o lugares.
 - 3) Acentuado aumento o disminución de la actividad psicomotriz.
- E. Los síntomas F20.0-F20.3, criterios G1 y G2 de la esquizofrenia no están presentes o sólo lo están durante una parte mínima del tiempo de evolución, de manera que no se satisface el criterio B de F23.1.
- F. La duración total del trastorno no excede de tres meses.

F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia

Trastorno psicótico agudo en el cual se presenta el cuadro clínico polimorfo e inestable descrito en F23.0, pero, a pesar de esta inestabilidad, se hacen evidentes también algunos síntomas típicos de la esquizofrenia durante la mayor parte de su evolución. Si los síntomas de esquizofrenia se mantienen, el diagnóstico debe cambiarse por el de esquizofrenia (F20.-).

Incluye: Bouffée délirante con síntomas de esquizofrenia
Psicosis cicloide con síntomas de esquizofrenia

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Deben satisfacerse los criterios A, B, C, D y E del trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0).
- B. Presencia durante la mayor parte del tiempo desde el comienzo del trastorno de algunos de los síntomas de la esquizofrenia (F20.0-F20.3), aunque no se satisfagan necesariamente los criterios específicos. Es decir, debe hallarse presente por lo menos uno de los síntomas de los criterios G1 (1) (a), a G1 (2) (c).
- C. Los síntomas de esquizofrenia señalados en B no persisten por más de un mes.

F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico

Trastorno psicótico agudo en el que los síntomas psicóticos son relativamente estables y justifican el diagnóstico de esquizofrenia, pero de duración inferior a un mes. Tampoco aparecen los rasgos polimorfos e inestables descritos en F23.0. Si los síntomas de esquizofrenia se mantienen, el diagnóstico debe ser cambiado por el de esquizofrenia (F20.-).



Incluye: Esquizofrenia aguda (indiferenciada)
 Onirofrenia
 Psicosis esquizofreniforme breve
 Reacción esquizofrénica
 Trastorno esquizofreniforme breve

Excluye: Trastorno delirante [esquizofreniforme] orgánico (F06.2)
 Trastorno esquizofreniforme sin especificación (F20.8)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Deben satisfacerse los criterios generales para el diagnóstico de un trastorno psicótico agudo y transitorio (F23).
- B. Se satisfacen los criterios para esquizofrenia (F20.0 -F20.3) a excepción del criterio de duración.
- C. El trastorno no satisface los criterios B, C y D para el trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0).
- D. La duración total del trastorno no excede de un mes.

F23.3 Otro trastorno psicótico agudo, con predominio de delusiones

Trastorno psicótico agudo cuyos rasgos clínicos principales son las delusiones o las alucinaciones relativamente estables, que no justifican el diagnóstico de esquizofrenia (F20.-). Si las delusiones se mantienen, el diagnóstico debe ser cambiado por el de trastorno delusivo persistente (F22.-).

Incluye: Psicosis paranoide psicógena
 Reacción paranoide

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Deben satisfacerse todos los criterios generales para el diagnóstico de un trastorno psicótico agudo y transitorio (F23).
- B. Se hallan presentes delusiones o alucinaciones de características relativamente estables, pero no se satisfacen los criterios diagnósticos para esquizofrenia (F20.0-F20.3).
- C. El trastorno no satisface los criterios diagnósticos y de un trastorno psicótico polimorfo agudo (F23.0).
- D. La duración total del trastorno no excede de tres meses.

F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios

Cualesquiera otros trastornos psicóticos agudos especificados, en los cuales no haya evidencia de causa orgánica, y que no justifiquen su clasificación en F23.0-F23.3.

Criterios Diagnósticos de Investigación

Se incluyen aquí los trastornos psicóticos agudos no clasificables en algún apartado de F23 (tales como cuadros psicóticos agudos en los cuales aparecen claras alucinaciones o ideas delirantes, pero que persisten por muy poco tiempo).



Los estados de excitación no diferenciados deben también ser codificados aquí cuando no se disponga de más información acerca del estado mental del enfermo, siempre que haya evidencia de que no existe una causa orgánica que justifique los síntomas.

F23.9 Trastorno psicótico agudo y transitorio no especificado

Incluye: Psicosis reactiva
Psicosis reactiva breve sin especificación

F24 Trastorno Delusivo Inducido

Trastorno delusivo compartido por dos o más personas, entre las cuales hay vínculos emocionales estrechos. Sólo una de las personas sufre un verdadero trastorno psicótico; en la o las otras, las delusiones son inducidas, y habitualmente ceden cuando las personas son separadas.

Incluye: *Folie à deux*
Trastorno paranoide inducido
Trastorno psicótico inducido

Crterios Diagnósticos de Investigación

- A. El sujeto debe desarrollar una delusión o un sistema de delusiones originales de otra persona que sufre algún trastorno clasificado en los apartados F20-F23.
- B. Ambas personas implicadas tienen una relación extraordinariamente estrecha entre sí, y están relativamente aisladas de terceros.
- C. El sujeto no sostenía la creencia en cuestión anteriormente a su contacto con la otra persona, y no ha padecido en el pasado ningún otro trastorno de los clasificados en F20-F23.

Anotación Latinoamericana

Suele existir una relación de dependencia, admiración o sumisión del sujeto inducido con respecto al inductor

F25 Trastornos Esquizoafectivos

Trastornos episódicos en los cuales son importantes tanto los síntomas afectivos como los síntomas esquizofrénicos, de manera que no se justifica el diagnóstico de esquizofrenia ni el de episodio depresivo o maníaco. Las otras afecciones, en las cuales los síntomas afectivos se superponen a un mal esquizofrénico preexistente, o bien coexisten o se alternan con trastornos delirantes persistentes de otras clases, se clasifican en F20-F29. Los síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo en los trastornos afectivos no justifican el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo.

Crterios Diagnósticos de Investigación

Nota: Este diagnóstico se basa en un equilibrio entre el número, la gravedad y la duración de los síntomas esquizofrénicos y afectivos.



- G1. El trastorno satisface los criterios de uno de los trastornos afectivos (F30.-, F31.-, F32.-) de intensidad moderada o grave, tal como se especifica para cada subtipo.
- G2. Deben estar claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de por lo menos dos semanas, síntomas de por lo menos uno de los grupos enumerados a continuación (estos grupos son prácticamente los mismos que para esquizofrenia) (F20.0-F20.3):
- 1) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento (criterio G1 (1) (a) de F20.0-F20.3).
 - 2) Delusiones de ser controlado, de influencia o pasividad, referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas (criterio G1 b de F20.0-F20.3).
 - 3) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre sí acerca del enfermo u otros tipos de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo (criterio G1 (1) (c) de F20.0-F20.3).
 - 4) Delusiones persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo o que son inverosímiles, pero no únicamente de grandeza o de persecución (criterio G1 (1) (d) de F20.0-F20.3). Por ejemplo, el enfermo dice que ha visitado otros mundos; que puede controlar las nubes mediante la respiración, que puede comunicarse con plantas y animales sin hablar, etc.
 - 5) Lenguaje extremadamente irrelevante o incoherente, o uso frecuente de neologismos (una forma acentuada de criterio G1 (2) (b) de F20.0-F20.3).
 - 6) Aparición discontinua pero frecuente de alguno de los síntomas catatónicos, tales como catalepsia, flexibilidad cérica y negativismo (criterio G1 (2) (c) de F20.0-F20.3).
- G3. Los criterios G1 y G2 deben satisfacerse durante el mismo episodio del trastorno y simultáneamente durante algún tiempo dentro del mismo episodio. Los síntomas de los criterios G1 y G2 deben ser prominentes en el cuadro clínico.
- G4. Criterio de exclusión más frecuentemente usado. El trastorno no puede atribuirse a lesión orgánica cerebral (en el sentido de F00-F09) o a intoxicación, dependencia o abstinencia de alcohol u otras drogas (F10-F19).

F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco

Trastorno en el cual son importantes tanto los síntomas esquizofrénicos, como los síntomas maníacos, de manera que no se justifica el diagnóstico de esquizofrenia o el de episodio maníaco. Esta categoría debe ser utilizada tanto para un episodio único, como para los trastornos recurrentes, en los cuales la mayor parte de los episodios sean de tipo esquizoafectivo maníaco.

Incluye: Psicosis esquizoafectiva, de tipo maníaco
 Psicosis esquizofreniforme, de tipo maniaco

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Los criterios generales para trastorno esquizoafectivos (F25) deben de ser satisfechos.
- B. Deben satisfacerse los criterios de manía (F30.1 o F31.1).



F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo

Trastorno en el cual son importantes tanto los síntomas esquizofrénicos como los síntomas depresivos, de manera que no se justifica el diagnóstico de esquizofrenia ni el de episodio depresivo. Esta categoría debe ser utilizada para codificar tanto un episodio único como los trastornos recurrentes, en los cuales la mayor parte de los episodios son esquizoafectivos, tipo depresivo.

Incluye: Psicosis esquizoafectiva, de tipo depresivo
Psicosis esquizofreniforme, de tipo depresivo

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Deben satisfacerse los criterios generales para trastorno esquizoafectivo (F25).
- B. Deben satisfacerse los criterios de trastorno depresivo de al menos gravedad moderada (F32.1, F32.2, F31.1 ó F31.4).

F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto

Incluye: Esquizofrenia cíclica
Psicosis mixta esquizofrénica y afectiva

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Deben satisfacerse los criterios para trastorno esquizoafectivo (F25).
- B. Deben satisfacerse los criterios para trastorno bipolar mixto (F31.6).

F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos especificados

F25.9 Trastorno esquizoafectivo no especificado

Incluye: Psicosis esquizoafectiva sin especificación

F28 Otros Trastornos Psicóticos de Origen no Orgánico

Trastornos delusivos o alucinatorios que no justifican el diagnóstico de esquizofrenia (F20.-), de trastornos delirantes [delusivos] persistentes [prolongados] (F22.-), de trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23.-), de episodios psicóticos maníacos (F30.2) ni de episodios psicóticos depresivos graves (F32.3).

Incluye: Psicosis crónica alucinatoria

Criterios Diagnósticos de Investigación

Los trastornos psicóticos que no cumplen los criterios para esquizofrenia (F20) o para los tipos psicóticos de trastornos del humor (afectivos) (F30-F39), junto con los trastornos psicóticos que no satisfacen los criterios para trastorno de ideas delirantes [delusivos] persistentes [prolongados] (F22.-), deben ser codificados aquí (tales como la psicosis alucinatoria crónica). Se incluyen aquí también las combinaciones de síntomas no abarcados en las categorías precedentes de F20, tales como las delusiones distintas a las incluidas como típicamente esquizofrénicas F20 G1.1 b o d (por ejemplo, delusiones que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles) y la catatonia.



F29 Psicosis de Origen no Orgánico no Especificada

Incluye: Psicosis sin especificación

Excluye: Psicosis orgánica o sintomática sin especificación (F09)
Trastorno mental sin especificación (F99)



TRASTORNOS DEL HUMOR [AFECTIVOS] (F30-F39)

Índice de esta Sección

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F30	Episodio Maníaco	185
F30.0	Hipomanía	185
F30.1	Manía sin síntomas psicóticos	186
F30.2	Manía con síntomas psicóticos	187
F30.8	Otros episodios maníacos	188
F30.9	Episodio maníaco no especificado	188
F31	Trastorno Afectivo Bipolar	188
F31.0	Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaníaco presente	189
F31.1	Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente sin síntomas psicóticos	189
F31.2	Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente con síntomas psicóticos	189
F31.3	Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado:	190
	.30 Sin síndrome somático	190
	.31 Con síndrome somático	190
F31.4	Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos	191
F31.5	Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos	191
F31.6	Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente	191
F31.7	Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión	192
F31.8	Otros trastornos afectivos bipolares	192
	F31.81 En fase prodrómica (maníaca)	192
	F31.82 En fase prodrómica (depresiva)	192
F31.9	Trastorno afectivo bipolar no especificado	193
F32	Episodio Depresivo	193
F32.0	Episodio depresivo leve:	195
	.00 Sin síndrome somático	
	.01 Con síndrome somático	
F32.1	Episodio depresivo moderado:	196
	.10 Sin síndrome somático	
	.11 Con síndrome somático	
F32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	196
F32.3	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	197



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F32.8	Otros episodios depresivos	198
F32.9	Episodio depresivo no especificado	198
F33	Trastorno Depresivo Recurrente	198
F33.0	Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente:	199
	.00 Sin síndrome somático	199
	.01 Con síndrome somático	199
F33.1	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente:	200
	.10 Sin síndrome somático	200
	.11 Con síndrome somático	200
F33.2	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, sin síntomas psicóticos	200
F33.3	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos	200
F33.4	Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión	201
F33.8	Otros trastornos depresivos recurrentes	201
F33.9	Trastorno depresivo recurrente, no especificado	201
F34	Trastornos del Humor (Afectivos) Persistentes	202
F34.0	Ciclotimia	202
F34.1	Distimia	203
F34.8	Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes	204
F34.9	Trastorno persistente del humor (afectivo) no especificado	204
F38	Otros Trastornos del Humor (Afectivos)	204
F38.0	Otros trastornos del humor (afectivos) aislados:	205
	.00 Episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto	205
F38.1	Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes:	205
	.10 Trastorno depresivo recurrente breve	205
F38.8	Otros trastornos del humor (afectivos), especificados	205
F39	Trastorno del Humor (Afectivo) no Especificado	205



INTRODUCCIÓN A LA SECCIÓN

Las condiciones que constituyen esta Sección son trastornos en los cuales la perturbación fundamental consiste en una alteración del humor o de la afectividad, que tiende a la depresión (con o sin ansiedad concomitante), o a la euforia. Este cambio del humor se acompaña habitualmente de modificaciones en el nivel general de actividad, y la mayor parte de los demás síntomas son secundarios a esos cambios del ánimo y de la actividad, o bien, fácilmente explicables en el contexto de los mismos. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y, a menudo, el comienzo de cada episodio se relaciona con sucesos o situaciones generadores de estrés.

Anotación Latinoamericana

Esta Sección no incluye todos los trastornos del humor que, de acuerdo con la CIE-10, presentan los criterios establecidos para estos trastornos del ánimo. Hay al menos 15 trastornos del humor, colocados en otras secciones que el clínico debe revisar para completar las posibilidades diagnósticas de la condición clínica del paciente. Estos quince trastornos del humor que no se incluyen allí se encuentran dispersos en siete secciones (clases) distintas, que pueden identificarse fácilmente prestando atención a los dos primeros caracteres del código del trastorno de que se trate. Muchos de esos trastornos son de una frecuencia considerable en la práctica clínica.

Los trastornos del humor [afectivos] no incluidos en esta Sección, con sus códigos respectivos, son los siguientes:

CÓDIGO CATEGORÍA O SUBCATEGORÍA DIAGNÓSTICA

- F06.3 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos
 - .30 Trastorno maníaco orgánico
 - .31 Trastorno bipolar orgánico
 - .32 Trastorno depresivo orgánico
 - .33 Trastorno del humor (afectivo) mixto orgánico
- F07.8 Trastornos del humor afectivos orgánicos con lesión del hemisferio derecho
- F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas
 - .54 Con predominio de síntomas depresivos
 - .55 Con predominio de síntomas maníacos
 - .56 Trastorno psicótico mixto
- F20.4 Depresión post - esquizofrenia
- F25 Trastornos esquizoafectivos
- F41.2 Trastorno mixto ansioso - depresivo
- F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación
 - .20 Reacción depresiva breve
 - .21 Reacción depresiva prolongada
 - .22 Reacción mixta de ansiedad y depresión



F53.0 Depresión post - parto

F92.0 Trastorno disocial depresivo

Todavía existe controversia en los sistemas nosológicos de mayor visibilidad internacional respecto de cómo registrar la presencia del episodio maníaco [único] y sus variantes. La CIE-10 lo registra como un trastorno independiente, con base en el argumento de que un número significativo de personas sólo exhiben uno de tales episodios en la vida. El DSM-IV, por su parte, lo describe de manera independiente, pero lo registra como una variante de trastorno bipolar, con base en el argumento de que la evolución de un paciente que presenta un episodio maníaco no difiere de la del que presenta, en efecto, un trastorno bipolar.

Por otro lado, los expertos en nosología psiquiátrica, incluidos los latinoamericanos, parecen estar de acuerdo en que la presencia de dos o más episodios maníacos o hipomaníacos en un mismo paciente justifica el diagnóstico de trastorno bipolar. Finalmente, la presencia de un trastorno mixto es abordada de manera diferente. Por ejemplo, la CIE-10 requiere de dos de tales episodios para hacer el diagnóstico de un trastorno bipolar, en tanto que para el DSM-IV, basta la presencia de uno solo de tales episodios.

La GLADP-VR propone las siguientes estrategias en el manejo de estos dilemas diagnósticos:

1. En línea con la CIE-10 se sugiere registrar como episodios únicos aquellos casos en que la historia del paciente revele sólo la presencia de un episodio, tanto depresivo como de exaltación afectiva. En esos casos, el trastorno se registrará en F32, Trastorno depresivo, o en F30, Episodio maníaco [único] y sus respectivas variantes.
2. La presencia de dos o más episodios maníacos (y de sus variantes) será registrada como un trastorno bipolar, el cual será codificado en F31, Trastorno afectivo bipolar, de acuerdo con la naturaleza del episodio presente. Aunque se reconoce que llamar bipolar a un trastorno caracterizado por un solo episodio (como sería el caso de un episodio de exaltación afectiva único), resulta incongruente, desde el punto de vista semántico, se ha elegido llamar bipolar a todo trastorno afectivo que satisfaga, o haya satisfecho con anterioridad, los criterios diagnósticos de manía, hipomanía, o trastorno mixto, independientemente de otras consideraciones, por las siguientes razones: a) esta concepción del término bipolar ha sido sancionado por el uso; y b) existe evidencia científica que la avala.
3. Todo trastorno mixto será registrado como F31.6, Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente.
4. En F31.8, Otros trastornos afectivos bipolares, deberán registrarse aquellos trastornos afectivos bipolares que, cumpliendo con los criterios diagnósticos generales de la categoría F31, no cumplen con los criterios de ninguna otra de las subcategoría específicas que la constituyen. Esto incluye los trastornos afectivos bipolares en fase prodrómica.
5. Se recomienda tener especial precaución de diagnosticar trastorno bipolar en la infancia, en particular en pacientes con trastornos disfóricos de la infancia.



F30 Episodio Maníaco [único]

Todas las subdivisiones de esta categoría deben usarse solamente para un episodio único. Los episodios hipomaníacos o maníacos que se den en personas que han tenido uno o más episodios afectivos previos (depresivos, hipomaníacos, maníacos o mixtos) deben ser codificados como trastorno afectivo bipolar (F31.-)

Incluye: Episodio maníaco único en un trastorno bipolar

Anotación Latinoamericana

1. Se recomienda, para mayor precisión nosológica de la categoría, agregar entre corchetes el término [único].
2. La inclusión del Episodio maníaco único en un trastorno bipolar como parte de esta categoría diagnóstica es controversial, dada la definición de lo que es un trastorno bipolar. Su inclusión aquí es susceptible de crear confusión.

F30.0 Hipomanía

Trastorno caracterizado por una elevación leve y persistente del humor, por incremento de la energía y de la actividad y, habitualmente, por marcados sentimientos de bienestar y de eficiencia física y mental. A menudo hay incremento de la sociabilidad, locuacidad, exceso de familiaridad, aumento de la energía sexual y reducción de las necesidades de sueño, aun cuando no hasta el punto de que conduzcan al paciente a una interrupción laboral o que produzcan rechazo social. Esta sociabilidad eufórica, aunque es lo más frecuente en estos casos, puede ser remplazada por irritabilidad, engreimiento y comportamiento grosero. Las perturbaciones del ánimo y del comportamiento no se presentan acompañadas de alucinaciones ni de delirios.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Humor exaltado o irritable de intensidad claramente anormal para el individuo afecto que persiste durante al menos cuatro días consecutivos.
- B. Deben presentarse al menos tres de los siguientes síntomas que, además, interfieren con la actividad social o laboral pero no hasta el extremo de producir una interferencia grave con la capacidad laboral o un rechazo social:
 - 1) aumento de la actividad o inquietud psicomotriz;
 - 2) aumento de la locuacidad;
 - 3) dificultad de concentración o facilidad para distraerse;
 - 4) disminución de las necesidades de sueño;
 - 5) aumento del vigor sexual;
 - 6) pequeñas dilapidaciones en compras u otro tipo de comportamientos irresponsables o imprudentes;
 - 7) aumento de la sociabilidad o exceso de familiaridad.
- C. El trastorno no satisface los criterios de manía (F30.1 y F30.2), trastorno bipolar (F31.-), episodio depresivo (F32.-), ciclotimia (F34.0) o anorexia nerviosa (F50.0).



- D. *Criterio de exclusión más frecuentemente usado*: el episodio no puede ser atribuido a abuso de sustancias (F10-F19) o a algún trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09).

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos

El humor se halla elevado, sin guardar relación con las circunstancias en que se encuentra el paciente, y puede variar entre una jovialidad despreocupada y una excitación casi incontrolable. La euforia se acompaña de un incremento de la energía, que produce hiperactividad, apremio del lenguaje y reducción de la necesidad de sueño. La atención no puede ser mantenida, y a menudo hay marcada tendencia a la distracción. Con frecuencia la autoestima crece desmesuradamente, con ideas de grandeza y exceso de confianza en sí mismo. La pérdida de las inhibiciones sociales normales puede dar lugar a comportamientos desvergonzados, temerarios o inadecuados a las circunstancias, e impropiedades.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Humor predominantemente exaltado, expansivo, irritable o suspicaz de carácter claramente anormal para el individuo afecto. Este cambio del humor debe ser muy destacado y persistir al menos una semana (o ser lo bastante intenso como para requerir ingreso hospitalario) aunque puede alternar o entremezclarse con un humor depresivo.
- B. Deben presentarse al menos tres de los siguientes síntomas (cuatro si el humor es simplemente irritable o suspicaz), con alteración grave de la capacidad laboral y de la actividad social:
- 1) aumento de la actividad o inquietud psicomotriz;
 - 2) aumento notable de la locuacidad (“logorrea”);
 - 3) fuga de ideas o experiencia subjetiva de pensamiento acelerado;
 - 4) pérdida de las inhibiciones sociales normales que da lugar a comportamientos inadecuados para las circunstancias y para el carácter del individuo;
 - 5) disminución de las necesidades de sueño;
 - 6) aumento exagerado de la estima de sí mismo o de ideas de grandeza;
 - 7) facilidad para distraerse o cambios constantes de actividad o de planes;
 - 8) comportamientos temerarios o imprudentes, que implican riesgos no reconocidos como tales por el individuo, por ejemplo: grandes dilapidaciones de dinero en compras, proyectos insensatos o conducción imprudente;
 - 9) marcado aumento del vigor sexual o indiscreciones sexuales.
- C. Ausencia de alucinaciones o ideas delirantes, aunque pueden presentarse algunos trastornos de la percepción (por ejemplo menciones a una agudeza auditiva aumentada, a la apreciación de los colores como especialmente vívidos, etc.).
- D. *Criterios de exclusión más frecuentemente usados*: el episodio no puede ser atribuido a abuso de sustancias (F10-F19) o a algún trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09).



Anotación Latinoamericana

La división de los episodios maníacos en “psicóticos” y “no psicóticos” puede resultar confusa. Aunque para mantener compatibilidad con la CIE-10, la GLADP-VR ha preservado la misma organización nosológica en ella propuesta, este manual propone a los clínicos latinoamericanos que los episodios de exaltación afectiva que alcancen un nivel psicótico o cuya gravedad afecte claramente el funcionamiento laboral, familiar, social y personal del individuo o requiera hospitalización, deben clasificarse como manías. Por otro lado, los cuadros hipomaníacos no suelen alcanzar un nivel de gravedad como para requerir hospitalización ni presentar un nivel de funcionamiento psicótico.

F30.2 Manía con síntomas psicóticos

Además del cuadro clínico descrito en F30.1, hay delusiones (habitualmente, de grandeza) o alucinaciones (habitualmente, voces que hablan al paciente directamente); o bien ocurre que la excitación, el exceso de actividad motriz y la fuga de ideas son tan extremados, que la comunicación corriente con el paciente se hace incomprensible o es inalcanzable.

Incluye: Estupor maníaco

Manía con

- síntomas psicóticos congruentes con el humor
- síntomas psicóticos incongruentes con el humor

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. El episodio satisface los criterios de manía sin síntomas psicóticos (F80.1) con la excepción del criterio C.
- B. Están presentes delusiones o alucinaciones, pero distintas a las listadas como típicamente esquizofrénicas en F20 G1.1b, c, y d (por ejemplo, delusiones que no sean las completamente imposibles o las no adecuadas a la cultura del individuo, así como alucinaciones que no sean en tercera persona o comentadoras de la propia actividad). Las más frecuentes son las de contenido de grandeza, autoreferencial erótico o persecutorio. El episodio no satisface simultáneamente los criterios de esquizofrenia (F20) o de trastorno esquizoafectivo del tipo maníaco (F25.0).
- C. Están presentes delusiones y alucinaciones, pero que no llegan a satisfacer los criterios de F20 esquizofrenia A1 b, c ó d, ó A2 e.
- D. *Criterio de exclusión más frecuentemente usado:* el episodio no puede ser atribuido a abuso de sustancias (F10-F19) o a algún trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09)

Debe usarse un quinto dígito para especificar si las alucinaciones o delusiones son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

F30.20 Manía con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo (tales como delusiones de grandeza o voces diciéndole al individuo que tiene poderes sobrehumanos).



F30.21 Manía con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo (voces que hablan al individuo sobre temas afectivamente neutros o delusiones de referencia o de celos)

Anotación Latinoamericana

Ver anotación de F30.1

F30.8 Otros episodios maníacos [especificados]

Anotación Latinoamericana:

Se recomienda, a los clínicos que hagan uso de esta categoría, tener especial cuidado en asegurarse de que el síndrome a rubricar no satisfaga los criterios diagnósticos de ninguno de los trastornos de exaltación afectiva codificables en otras secciones de este manual (ver Anotación a la introducción de esta sección).

F30.9 Episodio maníaco no especificado

Incluye: Manía sin especificación

Anotación Latinoamericana

Ver Anotación a F30.8

F31 Trastorno Afectivo Bipolar

Trastorno caracterizado por dos o más episodios en los cuales el humor y los niveles de actividad del paciente se hallan profundamente perturbados. En algunas ocasiones esta perturbación consiste en una elevación del humor y en un incremento de la energía y de la actividad (hipomanía o manía) y, en otras, en un decaimiento del humor y en una disminución de la energía y de la actividad (depresión). Los episodios repetidos de hipomanía o de manía solamente se clasifican como trastornos bipolares (F31.8).

Incluye: Enfermedad maníaco-depresiva
Psicosis maníaco-depresiva
Reacción maníaco-depresiva

Excluye: Ciclotimia (F34.0)
Episodio maníaco único (F30.-)

Criterios Diagnósticos de Investigación

Nota: Los episodios están delimitados por el paso de un episodio a su opuesto o por polaridad mixta o por una remisión.

Anotación Latinoamericana

Ver anotación a F30.1



F31.0 Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaniaco presente

El paciente está hipomaniaco en la actualidad, y en el pasado ha sufrido al menos otro episodio afectivo (hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto).

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. El episodio actual satisface los criterios de hipomanía (F30.0).
- B. Ha existido al menos otro episodio de trastorno del humor (afectivo) en el pasado, el cual satisfacía los criterios de episodio hipomaniaco, maniaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-) o episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto (F38.00).

Anotación Latinoamericana

Existe una contradicción entre los Criterios Diagnósticos de Investigación de esta subcategoría y lo indicado en F31. Al admitir la inclusión en esta subcategoría de aquellos pacientes que, con un episodio hipomaniaco presente, hayan presentado en el pasado sólo episodios de hipomanía o manía (ver criterio B), se entra en contradicción con la orientación dada en F31 de ubicar en F31.8, Otros trastornos afectivos bipolares a aquellos pacientes que sufren únicamente de episodios repetidos de manía o hipomanía. Aunque la GLADP-VR intenta mantener la mayor compatibilidad con la CIE-10, este manual recomienda mantener la regla nosológica de que dos episodios maniacos o hipomaniacos repetidos deben considerarse una forma de expresión de un trastorno bipolar (ver anotación a la introducción a la sección).

F31.1 Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente sin síntomas psicóticos

El paciente está maniaco en la actualidad, sin síntomas psicóticos (como en F30.1), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo (hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto).

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. El episodio actual satisface los criterios de manía sin síntomas psicóticos (F30. 1).
- B. Ha existido al menos otro episodio de trastorno del humor [afectivo] en el pasado, el cual satisfacía los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-) o episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto (F38.00).

Anotación Latinoamericana

Ver Anotación a F30.1 y a F31.0

F31.2 Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos

El paciente está maniaco en la actualidad y presenta síntomas psicóticos (como en F30.2), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo (hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto).



Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. El episodio actual satisface los criterios de manía con síntomas psicóticos (F30.2).
- B. Ha existido al menos un episodio de trastorno del humor (afectivo) en el pasado, el cual satisfacía los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco (F30), episodio depresivo (F32) o episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto (F38.00).

Debe usarse un quinto dígito para especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

F31.20 con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo

F31.21 con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo

Anotación Latinoamericana

Ver Anotación a F30.1 y a F31.0

F31.3 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado

El paciente está deprimido en la actualidad, como en un episodio depresivo leve o de gravedad moderada (F32.0 ó F32.1), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo hipomaniaco, maniaco o mixto bien identificado.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. El episodio actual satisface los criterios de episodio depresivo leve (F32.0) o moderado (F32.1).
- B. Ha existido al menos un episodio de trastorno del humor (afectivo) en el pasado, el cual satisfacía los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco (F30), o de episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto (F38.00).

Debe usarse un quinto dígito para especificar la presencia de síntomas somáticos en el actual episodio depresivo (como se especifica en F32).

F31.30 sin síntomas somáticos

F31.31 con síntomas somáticos

Anotación Latinoamericana

En la GLADP-VR se considera preferible cambiar el término de “síntomas somáticos” por el de “síntomas melancólicos”, debido a la ambigüedad que implica el primero, y por la existencia en la depresión de numerosos síntomas (constipación, prurito, cefaleas, etc.) que son somáticos en el sentido de corporales, pero no en el de melancólicos. Además, síntomas como la anhedonia y el insomnio terminal (que dentro de la CIE-10 deben considerarse como parte de los “síntomas somáticos”) son racionalmente catalogables como melancólicos, pero caracterizarlos como somáticos es muy discutible. La expresión “síntomas somáticos” utilizado en la descripción de la sintomatología depresiva debe referirse exclusivamente a síntomas tales como la cefalea, constipación, dolores diversos, etc., que tienen una clara expresión corporal.



F31.4 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos

El paciente está deprimido en la actualidad, como en un episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo hipomaníaco, maníaco o mixto bien identificado.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. El episodio actual satisface los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2).
- B. Ha estado claramente presente en el pasado, por lo menos un episodio hipomaníaco o maníaco (F30) o un episodio de trastorno del humor [afectivo] mixto (F38.00).

F31.5 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos

El paciente está deprimido en la actualidad, como en un episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo hipomaníaco, maníaco o mixto bien identificado.)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. El episodio actual satisface los criterios de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3).
- B. Ha estado presente en el pasado, de un modo claramente evidente, un episodio hipomaníaco o maníaco (F30) o un episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto (F38.00).

Se debe usar un quinto dígito para especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

F31.50 con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo

F31.51 con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo

F31.6 Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente

El paciente ha sufrido en el pasado al menos un episodio afectivo maníaco, hipomaníaco, depresivo o mixto bien identificado, en tanto que en la actualidad exhibe una mezcla de síntomas maníacos y depresivos, o bien, pasa rápidamente de unos a otros.

Excluye: episodio afectivo mixto único (F38.00)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. El episodio actual se caracteriza por una mezcla o por una alternancia rápida (en horas) de síntomas hipomaníacos o maníacos, y depresivos.
- B. Tanto los síntomas maníacos o hipomaníacos como los depresivos deben ser destacados la mayor parte del tiempo durante un período de al menos dos semanas.
- C. Ha estado claramente presente en el pasado al menos un episodio hipomaníaco o maníaco (F30), un episodio depresivo (F32) o un episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto (F38.00).



Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR propone que un episodio afectivo mixto bien evidente puede ser claramente diagnosticado como trastorno bipolar y codificarse en F31.6, Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente, puesto que ambos polos del humor están evidentemente presentes, sin que se requiera de la presencia de otro trastorno afectivo en el pasado. Sin embargo, para mantener la compatibilidad con la CIE-10, el clínico puede, si lo prefiere, codificar tal condición en F38.00, Episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto, siguiendo las reglas actuales de la CIE-10 que, por supuesto, deben modificarse en el futuro.

Ver la anotación a la introducción a la sección.

F31.7 Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión

El paciente ha sufrido en el pasado al menos un episodio afectivo maníaco, hipomaníaco o mixto bien identificado habiendo tenido, además, por lo menos otro episodio afectivo, depresivo, hipomaníaco, maníaco o mixto; en la actualidad, empero, no sufre ninguna perturbación significativa del ánimo ni la ha sufrido en varios meses. Deben codificarse aquí los periodos de remisión mientras están recibiendo tratamiento profiláctico.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Los síntomas presentes no satisfacen los criterios de episodio depresivo o maníaco de ningún tipo de gravedad, ni los de ningún otro trastorno del humor (afectivo) de F3.
- B. Ha estado claramente presente en el pasado al menos un episodio hipomaníaco o maníaco, (F30) y, además, al menos otro episodio de trastorno del humor (afectivo) (hipomaníaco o maníaco) (F30), depresivo (l'32) o mixto (F313.00).

La prescripción de un tratamiento para reducir el riesgo de recaídas no es óbice para este diagnóstico.

F31.8 Otros trastornos afectivos bipolares

Incluye: Episodios maníacos recurrentes
Trastorno bipolar II

Anotación Latinoamericana

1. Por su utilidad clínica, la GLADP-VR propone, tal y como lo permite la codificación de la CIE-10, la creación de dos subcategorías de 4 caracteres de F31.8, Otros trastornos afectivos bipolares.

F31.81, trastorno bipolar en fase prodrómica maníaca.

F31 82, trastorno bipolar en fase prodrómica depresiva.

Esto permitirá, por ejemplo, el diagnóstico temprano de aquellos pacientes que, habiendo sido previamente diagnosticados con un trastorno bipolar que luego ha entrado en remisión, presentan de nuevo una sintomatología que, sin constituir el cuadro clínico completo, puede predecirse muy claramente que progresará a tal condición, si el paciente no recibe el tratamiento adecuado.



2. El trastorno bipolar II, que la CIE-10 propone como término de inclusión dentro de esta categoría diagnóstica, satisface los criterios de subcategorías específicas de F31, Trastorno afectivo bipolar, de la GLADP-VR, y no tendría por qué rubricarse como Otro trastorno afectivo bipolar. Por lo tanto, la GLADP-VR recomienda que el trastorno bipolar II (DSM-IV) se clasifique dentro de los trastornos bipolares en F31.0 si el episodio actual es hipomaniaco o en F31.3, F31.4 ó F31.5 (según corresponda) si es de carácter depresivo; recomienda asimismo que la subcategoría F31.8 se use para ubicar a aquellos pacientes que sólo presenten cuadros de manía y/o hipomanía u otra variante de bipolaridad no codificables en los acápites anteriores de F31.

F31.9 Trastorno afectivo bipolar no especificado

F32 Episodio Depresivo

En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo y, a menudo, aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos” (melancólicos), tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.

Incluye: Episodios únicos de:

- depresión psicógena
- depresión reactiva
- reacción depresiva

Excluye: Cuando se asocia con trastornos de la conducta en F91.- (F92.0)
Trastornos de adaptación (F43.2)
Trastorno depresivo recurrente (F33.-)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- G1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- G2. Ausencia de síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes como para haber satisfecho los criterios diagnósticos de episodios hipomaniaco y maniaco (F30) en cualquier momento de la vida del individuo.
- G3. *Criterio de exclusión más frecuentemente usado:* El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09).



Síndrome somático (Melancolía)

Algunos síntomas depresivos son ampliamente considerados por su especial significado clínico y aquí se denominan “somáticos” (términos tales como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos son usados para este síndrome en otras clasificaciones).

Un quinto dígito (como se indica en F31.3; F32.0 y F32.1; F33.0 y F33.1) puede ser utilizado para especificar la presencia o no del síndrome somático. Para codificar el síndrome somático, deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

- 1) marcada pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de las actividades que anteriormente eran placenteras;
- 2) pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales que habitualmente producen respuesta emocional;
- 3) despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual;
- 4) empeoramiento matutino del humor depresivo;
- 5) presencia objetiva de inhibición psicomotriz claras (observadas o referidas por terceras personas);
- 6) pérdida marcada del apetito;
- 7) pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes);
- 8) Pérdida marcada de la libido.

En las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico de la clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento, la presencia o ausencia de síndrome somático no se especifica para el episodio depresivo grave, de tal modo que se supone en la mayoría de los casos. Sin embargo, con fines de investigación, es aconsejable la codificación de la presencia o ausencia del síntoma somático en el episodio depresivo grave.

Anotación Latinoamericana

1. La GLADP-VR sugiere dar preferencia al término “melancolía” sobre el de “síndrome somático” por las razones explicadas en la anotación a F31.3, Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado. Los códigos, por supuesto, no deben modificarse.
2. Se recomienda a los usuarios de este manual tener en cuenta la validez clínica de las formas no “clásicas” (a veces llamadas “atípicas” de la depresión, las que, si no cumplen con los criterios diagnósticos específicos, pueden aún diagnosticarse utilizando el criterio de Diagnóstico no pautado (DNP) (ver en la Sección “Uso de la Guía”).
3. Se sugiere considerar que los síntomas representan un cambio de un funcionamiento previo tal como lo establece el DSM-IV y que llevan a la familia o al paciente a considerar que no es el mismo de antes.



F32.0 Episodio depresivo leve

Por lo común están presentes dos o tres de los síntomas antes descritos. El paciente generalmente está tenso pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se satisfacen los criterios generales de F32, episodio depresivo.
- B. Presencia de al menos dos de los tres siguientes síntomas:
 - 1) humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas;
 - 2) marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras;
 - 3) falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
- C. Un síntoma o síntomas adicionales de la siguiente lista debe estar presente, hasta completar cuatro síntomas en total:
 - 4) pérdida de confianza y estima de sí mismo y sentimientos de inferioridad;
 - 5) reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada;
 - 6) pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida;
 - 7) quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones;
 - 8) cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición;
 - 9) alteraciones del sueño de cualquier tipo;
 - 10) cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

Debe usarse un quinto dígito para especificar la presencia de un “síndrome somático” tal como se define en F32.

F32.00 sin síntomas somáticos

F32.01 con síntomas somáticos

Anotación Latinoamericana

1. Ver anotación a F32.
2. Aquellas depresiones leves, atribuibles fundamentalmente a la influencia de factores externos adversos, deben ser codificadas como F43.20, Reacción depresiva breve; o como F43.21, Reacción depresiva prolongada.



F32.1 Episodio depresivo moderado

Por lo común están presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos y el paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se satisfacen los criterios generales de F32, episodio depresivo.
- B. Presencia de al menos dos de los tres síntomas del criterio B de F32.0.
- C. Síntomas adicionales del criterio C de F32.0, hasta completar en total al menos seis.

Debe usarse un quinto dígito para especificar la presencia del “síndrome somático” tal como se define en F32.

F32.10 sin síntomas somáticos

F32.11 con síntomas somáticos

Anotación Latinoamericana

1. Ver anotación a F32
2. Cuando la depresión es atribuible a factores externos adversos, pero presenta características de una depresión de carácter moderado, ésta se codificará en esta categoría, agregando la frase calificativa “de carácter reactivo”.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente una cantidad de síntomas “somáticos”.

Incluye: Episodio único sin síntomas psicóticos de depresión:

- agitada
- profunda
- vital

Criterios Diagnósticos de Investigación

Nota: Si están presentes síntomas importantes como la agitación o inhibición psicomotrices el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir los síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio.

- A. Se satisfacen los criterios generales de F32, episodio depresivo.
- B. Presencia de los tres síntomas del criterio B de F32.0.
- C. Síntomas adicionales del criterio C de F32.0 hasta completar en total al menos ocho.
- D. Ausencia de alucinaciones, delusiones o estupor depresivo.



Anotación Latinoamericana

1. Ver anotación a F32
2. Cuando la depresión es atribuible a factores externos adversos, pero presenta características de una depresión de carácter grave sin síntomas psicóticos, ésta se codificará en F32.2 mediante el uso de la frase calificativa “de carácter reactivo”.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio de depresión similar al descrito en F32.2, pero con la aparición de alucinaciones, delusiones, retraso psicomotor, o de un estupor tan grave que imposibilita las actividades sociales corrientes; puede generar riesgos para la vida del paciente, por suicidio o por efecto de la deshidratación o de la inanición. Las alucinaciones y las delusiones pueden o no ser congruentes con el ánimo.

Incluye: Episodios únicos de:

- depresión profunda con síntomas psicóticos
- depresión psicótica
- psicosis depresiva psicógena
- psicosis depresiva reactiva

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se satisfacen los criterios generales de F32, episodio depresivo.
- B. Se satisfacen todos los criterios diagnósticos del episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2) con la excepción del criterio D.
- C. No se satisfacen los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) ni de trastorno esquizoafectivo (de tipo depresivo, grave o moderado (F25.10 y F25.11).
- D. Están presentes 1) o 2) los siguientes:
 - 1) Alucinaciones o delusiones que no satisfacen los criterios de ninguno de los grupos de síntomas A1 b), c) o d) o A2 e) de F20, esquizofrenia.
 - 2) Estupor depresivo.

Se debe utilizar un quinto dígito para especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:

F32.30 con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo, delusiones de culpa, de nihilismo, hipocondríacas, de ruina o de catástrofe inminente; alucinaciones auditivas despectivas o condenatorias)

F32.31 con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo, delusiones de persecución o de autoreferencia y alucinaciones sin contenido afectivo)

Anotación Latinoamericana

Cuando la depresión grave y con síntomas psicóticos sea atribuible a factores externos adversos y ésta se considere por lo tanto carácter reactivo, esto puede especificarse haciendo uso de la frase calificativa “de carácter reactivo”.



F32.8 Otros episodios depresivos

Incluye: Depresión atípica

Episodios únicos de depresión “enmascarada” sin especificación

Criterio de Investigación

Se deben incluir aquí los episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezcla fluctuante de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otros síntomas como tensión, preocupación, malestar, o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en los servicios de interconsulta de los hospitales generales).

Anotación Latinoamericana

Por su importancia clínica, las características de la **depresión atípica** deben tenerse presentes. Ésta suele ser más frecuente en mujeres que en hombres, suele iniciarse más temprano en la vida, y es más común en personas jóvenes, incluyendo adolescentes. Sus características más discriminantes son la presencia de una reactividad del humor ante los eventos positivos y negativos del ambiente, el incremento en el apetito, la ganancia de peso, los trastornos del sueño con una hipersomnia marcada y una hipersensibilidad patológica del individuo a experiencias de crítica o rechazo. Puede presentarse también una sensación de fatiga extrema que los pacientes suelen describir como una pesadez, inercia o hundimiento, sobre todo en brazos y piernas, que dura por lo menos 1 hora al día. La presencia de un claro cuadro melancólico tiende a excluir el diagnóstico.

F32.9 Episodio depresivo no especificado

Incluye: Depresión sin especificación

Trastorno depresivo sin especificación

F33 Trastorno Depresivo Recurrente

Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, como los descritos para el episodio depresivo (F32.-), sin ninguna historia de otros episodios distintos en los que hubiera habido elevación del ánimo y aumento de la energía (manía). Sin embargo, puede haber episodios breves de ligera elevación del ánimo y de hiperactividad (hipomanía), inmediatamente después de un episodio depresivo, los cuales a veces son desencadenados por el tratamiento antidepressivo. Las formas más graves del trastorno depresivo recurrente (F33.2 y F33.3) tienen mucho en común con conceptos más primarios, como los de depresión maníaco-depresiva, melancolía, depresión vital y depresión endógena. El primer episodio puede ocurrir a cualquier edad entre la niñez y la senectud. El comienzo puede ser tanto agudo, como insidioso, y la duración del cuadro varía desde unas pocas semanas a varios meses. El riesgo de que un paciente con un trastorno depresivo recurrente sufra un episodio de manía no desaparece jamás totalmente, por muchos que hayan sido los episodios depresivos



que haya experimentado. Si esto ocurre, debe modificarse el diagnóstico, por el de trastorno afectivo bipolar (F31.-).

Incluye: Episodios recurrentes de:

- depresión psicógena
 - depresión reactiva
 - reacción depresiva
- Trastorno depresivo estacional

Excluye: Episodios recurrentes depresivos breves (F38. 1)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- G1. Ha habido en el pasado al menos un episodio depresivo, ya sea leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y 3), con una duración mínima de dos semanas y separado de otros posibles episodios por un período de seis meses libres de alteraciones significativas del estado de ánimo.
- G2. No ha habido en el pasado ningún episodio que satisficiera los criterios de episodio hipomaniaco o maníaco (F30.-).
- G3. *Criterio de exclusión más frecuentemente usado:* el episodio no puede ser atribuido a abuso de sustancias psicoactivas (F1) o algún trastorno mental orgánico en el sentido de F0.

Se recomienda especificar el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, dudoso).

Anotación Latinoamericana

G4. En las pacientes de sexo femenino, no ocurre exclusivamente en asociación con el ciclo menstrual.

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente

Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual leve, como el descrito en F32.0, y sin antecedentes de manía.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se satisfacen los criterios generales de trastorno depresivo recurrente (F33).
- B. El episodio actual satisface los criterios de episodio depresivo leve (F32.0).

Puede utilizarse un quinto dígito para especificar la presencia de síntomas somáticos en el episodio actual.

F33.00 sin síntomas somáticos

F33.01 con síntomas somáticos

Anotación Latinoamericana

Ver anotación a F32



F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente

Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual de gravedad moderada, como el descrito en F32.1, y sin antecedentes de manía.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se satisfacen los criterios generales de trastorno depresivo recurrente (F33).
- B. El episodio actual satisface los criterios de episodio depresivo moderado (F32.1).

Puede utilizarse un quinto dígito para especificar la presencia de síntomas somáticos en el episodio actual:

F33.10 sin síntomas somáticos

F33.11 con síntomas somáticos

Anotación Latinoamericana

Ver anotación a F32

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos

Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual grave y sin síntomas psicóticos, como el descrito en F32.2, y sin antecedente de manía.

Incluye: Depresión endógena sin síntomas psicóticos
Depresión profunda recurrente sin síntomas psicóticos
Depresión vital recurrente sin síntomas psicóticos
Psicosis maníaco-depresiva de tipo depresivo sin síntomas psicóticos

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se satisfacen los criterios generales de trastorno depresivo recurrente (F33).
- B. El episodio actual satisface los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2).

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos

Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual grave y con síntomas psicóticos, como el descrito en F32.3, y sin antecedentes de manía.

Incluye: Depresión endógena con síntomas psicóticos
Episodios recurrentes graves de:
• depresión profunda con síntomas psicóticos
• depresión psicótica
• psicosis depresiva psicógena
• psicosis depresiva reactiva
Psicosis maníaco-depresiva de tipo depresivo con síntomas psicóticos



Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se satisfacen los criterios generales de trastorno depresivo recurrente (F33).
- B. El episodio actual satisface los criterios de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3).

Puede utilizarse un quinto dígito para especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:

F33.30 con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo

F33.31 con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo

F33.4 Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión

El paciente ha sufrido dos o más episodios depresivos como los clasificados en F33.0-F33.3, pero no tiene síntomas depresivos desde hace varios meses.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. En el pasado se satisficieron los criterios generales para trastorno depresivo recurrente (F33).
- B. El estado actual no satisface los criterios para un episodio depresivo (F32-) de cualquier gravedad, o para cualquier otro trastorno de F30-F39.

Anotación Latinoamericana

Para cumplir con los criterios diagnósticos plenamente, la GLADP-VR propone que el paciente se encuentre libre de síntomas desde por lo menos los últimos dos meses, ya sea que reciba o no tratamiento. Esto incluye a los pacientes que reciben tratamiento farmacológico.

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes**Anotación Latinoamericana**

Por su importancia práctica, la GLADP-VR propone la creación de una subcategoría diagnóstica:

F33.81, Trastorno depresivo recurrente en fase prodrómica.

Esto permitirá el diagnóstico temprano de pacientes que, habiendo sido diagnosticados en el pasado con un trastorno depresivo recurrente que ha entrado en remisión, se presentan al clínico presentando claros síntomas prodrómicos que, de no tratarse adecuadamente, progresarán al trastorno depresivo en su total expresión. Este diagnóstico precoz permitirá la institución temprana del tratamiento adecuado para prevenir complicaciones.

F33.9 Trastorno depresivo recurrente no especificado

Incluye: Depresión monopolar sin especificación



F34 Trastornos del Humor (Afectivos) Persistentes

Trastornos del humor, persistentes y habitualmente fluctuantes, en los cuales la mayoría de los episodios individuales no llegan a ser suficientemente graves como para que se justifique describirlos como episodios hipomaníacos, ni como episodios depresivos leves. Debido a que duran años, afectando a veces la mayor parte de la vida adulta del paciente, implican una angustia y una incapacidad considerables. En algunos casos los episodios maníacos o depresivos recurrentes o únicos pueden aparecer superpuestos a un trastorno afectivo persistente.

F34.0 Ciclotimia

Inestabilidad persistente del humor, que se manifiesta a través de varios períodos de depresión y de excitación leve, ninguno de los cuales es suficientemente grave o prolongado como para justificar el diagnóstico de trastorno afectivo bipolar (F31.-) o trastorno depresivo recurrente (F33.-). Con frecuencia este trastorno se encuentra entre los parientes de los pacientes que sufren un trastorno afectivo bipolar. Algunas personas ciclotímicas desarrollan con el tiempo un trastorno afectivo bipolar

Incluye: Personalidad cicloide
Personalidad ciclotímica
Trastorno afectivo de la personalidad

Criterio de Investigación

- A. Presencia de un período de al menos dos años de inestabilidad del estado de ánimo, con la existencia de muchos períodos de depresión y euforia, con o sin intervalos de estado de ánimo normal entre los mismos.
- B. Ninguno de los períodos de depresión o euforia en el transcurso de estos dos años ha sido lo suficientemente intenso o duradero como para satisfacer los criterios de un episodio maníaco o un episodio depresivo (moderado o grave); sin embargo, antes o después de este período de inestabilidad persistente del estado de ánimo pueden haberse presentado episodios maníacos o depresivos.
- C. Por lo menos en algunos de los períodos de depresión deben haberse presentado tres o más de los síntomas siguientes:
 - 1) Una disminución de la vitalidad o de la actividad.
 - 2) Insomnio.
 - 3) Pérdida de confianza y estimación de sí mismo o sentimientos de inferioridad.
 - 4) Dificultad para concentrarse.
 - 5) Aislamiento social.
 - 6) Pérdida de interés o satisfacción por actividades sexuales u otras placenteras.
 - 7) Menor locuacidad de lo habitual en el sujeto.
 - 8) Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado.
- D. Por lo menos en algunos de los períodos de euforia deben haberse presentado tres o más de los síntomas siguientes:
 - 1) Aumento de la vitalidad o de la actividad.
 - 2) Disminución de las necesidades de sueño.



- 3) Aumento desmesurado de la estimación de sí mismo.
- 4) Pensamiento excepcionalmente agudo o creativo.
- 5) Mayor sociabilidad de lo normal.
- 6) Mayor locuacidad o ingenio de lo normal.
- 7) Aumento del interés y de las actividades relacionadas con la actividad sexual u otros placeres.
- 8) Optimismo exagerado o valoración exagerada de logros pasados.

Nota: Si es necesario, puede especificarse si el trastorno es de comienzo precoz (en la adolescencia tardía o en la segunda década) o tardío (generalmente en la tercera o cuarta década, tras un episodio de trastorno del humor [afectivo]).

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR reconoce que la fiabilidad diagnóstica de esta categoría se encuentra comprometida por su similitud con el trastorno bipolar de carácter leve. El clínico debe ejercitar su propio criterio para identificar los umbrales que sugieren un impacto considerable al funcionamiento del individuo como para hacer la transición diagnóstica de una ciclotimia a un trastorno bipolar que requiera un enfoque terapéutico más incisivo. Futuras revisiones de esta Guía requerirán del refinamiento de las pautas diagnósticas basadas en la evidencia empírica.

F34.1 Distimia

Depresión crónica del humor, que dura al menos varios años y no es suficientemente grave, o bien, cuyos episodios individuales no alcanzan a ser suficientemente prolongado como para justificar el diagnóstico tanto de las formas graves y moderadas como de las formas leves del trastorno depresivo recurrente (F33.-).

Incluye: Depresión ansiosa persistente
 Depresión neurótica
 Neurosis depresiva
 Trastorno depresivo de la personalidad

Excluye: Depresión ansiosa (leve o no persistente) (F41.2)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Presencia de un período de al menos dos años de estado de ánimo deprimido de forma continua o constantemente recurrente. Los períodos intermedios de ánimo normal raramente duran más de unas pocas semanas y no existen episodios de hipomanía.
- B. Ninguno, -o casi ninguno- de los episodios de depresión durante este período de al menos dos años tiene la gravedad o duración suficientes como para satisfacer los criterios de trastorno depresivo recurrente leve.
- C. Por lo menos en algunos de los períodos de depresión deben hallarse presentes tres o más de los síntomas siguientes:
 - 1) una disminución de la vitalidad o de la actividad;



- 2) insomnio;
- 3) pérdida de confianza en sí mismo o sentimientos de inferioridad;
- 4) dificultad para concentrarse;
- 5) llanto fácil;
- 6) pérdida de interés o satisfacción por actividades sexuales u otras placenteras;
- 7) sentimientos de desesperanza o desesperación;
- 8) sentimientos de incapacidad para enfrentarse con las responsabilidades habituales de la vida diaria;
- 9) pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado;
- 10) aislamiento social;
- 11) menor locuacidad de lo habitual en el sujeto.

Nota: Si es necesario, puede especificarse si el trastorno es de comienzo precoz (en la adolescencia tardía o en la segunda década) o tardío (generalmente en la tercera o quinta década tras un episodio de trastorno del humor [afectivo]).

Anotación Latinoamericana

1. Aquellos clínicos que deseen hacer diagnóstico de neurosis depresiva podrían hacerlo agregando la frase calificativa “con desarrollo neurótico” (ver definición de desarrollo neurótico en el Glosario Lexicológico).
2. Este cuadro es frecuente en poblaciones latinoamericanas y muchas veces se presenta en mujeres latinoamericanas con rasgos histriónicos de personalidad o de neurastenia.
3. En el Criterio A se sugiere considerar que los periodos intermedios de ánimo normal no deben durar más de dos meses tal como lo estipula el DSM-IV.

F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes

Criterios Diagnósticos de Investigación

Se trata de una categoría residual para aquellos trastornos persistentes del humor que no son lo suficientemente graves o duraderos para satisfacer las pautas de ciclotimia (F34.0) o distimia (F34.1), sin embargo, son clínicamente significativos. Algunos tipos de depresión antes llamados neuróticos se incluyen aquí, siempre y cuando no satisfagan los criterios de ciclotimia (F34.0) o distimia (F34.1) o de episodio depresivo leve (F32.0) o moderado (F32.1).

F34.9 Trastorno persistente del humor (afectivo) no especificado

F38 Otros Trastornos del Humor (Afectivos)

Cualquier otro trastorno del humor que no justifica su clasificación en F30-F34, porque no es suficientemente grave o duradero.



Criterio Diagnósticos de Investigación

La variedad de los trastornos que podrían ser listados en F38 es tan grande que se ha renunciado a especificar criterios para cada uno de ellos, con las excepciones del episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto (F38.00) y del trastorno depresivo breve recurrente (F38.10). Los investigadores que requieran de criterios más precisos que los de las Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico deberán fijarlos ellos mismos, de acuerdo con las necesidades del estudio.

F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados

Incluye: Episodio afectivo mixto

F38.00 Episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. El episodio se caracteriza por una mezcla o bien una alternancia rápida (por lo general de pocas horas) de síntomas hipomaníacos, maníacos y depresivos.
- B. Tanto los síntomas maníacos como los depresivos deben ser destacados durante la mayor parte del tiempo durante un período de por lo menos dos semanas.
- C. No existen episodios previos hipomaníacos, depresivos o mixtos.

F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes

Incluye: Episodios depresivos recurrentes breves

F38.10 Trastorno depresivo recurrente breve

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. El trastorno satisface los criterios sintomáticos de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2).
- B. Los episodios depresivos se han presentado por lo menos una vez al mes durante el pasado año.
- C. Los episodios aislados duran menos de dos semanas (lo más característico es que sean de dos o tres días).
- D. Los episodios no se presentan únicamente en relación con el ciclo menstrual.

F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos) especificados

Criterios Diagnósticos de Investigación

Esta es una categoría residual para los trastornos afectivos que no satisfagan los criterios de ninguna de las categorías de F30.- F38.

F39 Trastorno del humor (afectivo) no especificado

Incluye: Psicosis afectiva SAI

Anotación Latinoamericana

Ver Introducción a la Sección y su Anotación Latinoamericana.



TRASTORNOS NEURÓTICOS, TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS (F40-F48)

Índice de esta Sección

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F40	Trastornos Fóbicos de Ansiedad	209
F40.0	Agorafobia	209
	.00 Sin trastorno de pánico	
	.01 Con trastorno de pánico	
F40.1	Fobias sociales	211
F40.2	Fobias específicas (aisladas)	212
F40.8	Otros trastornos fóbicos de ansiedad	213
F40.9	Trastorno fóbico de ansiedad no especificado	213
F41	Otros Trastornos de Ansiedad	213
F41.0	Trastorno de pánico (Ansiedad paroxística episódica)	213
F41.1	Trastornos de ansiedad generalizada	215
F41.2	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	217
F41.3	Otros trastornos de ansiedad mixtos	217
F41.8	Otros trastornos de ansiedad especificados	218
F41.9	Trastorno de ansiedad, no especificado	218
F42	Trastorno Obsesivo-Compulsivo	218
F42.0	Con predominio de pensamiento o rumiaciones obsesivas	219
F42.1	Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)	219
F42.2	Con actos e ideas obsesivos mixtos	220
F42.8	Otros trastornos obsesivo-compulsivos	220
F42.9	Trastorno obsesivo-compulsivo no especificado	220
F43	Reacción al Estrés Grave y Trastornos de Adaptación	220
F43.0	Reacción al estrés agudo	220
F43.1	Trastorno de estrés post-traumático	221
F43.2	Trastornos de adaptación	223
	.20 Reacción depresiva breve	224
	.21 Reacción depresiva prolongada	224
	.22 Reacción mixta de ansiedad y depresión	224
	.23 Con predominio de alteraciones de otras emociones	224
	.24 Con predominio de alteraciones disociales	224
	.25 Con alteración mixta de las emociones y disociales	224
	.28 Otros trastornos de adaptación con síntomas predominantes especificados	224



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F43.8	Otras reacciones al estrés grave, especificadas	225
F43.9	Reacción al estrés grave no especificada	225
F44	Trastornos Disociativos (de Conversión)	225
F44.0	Amnesia disociativa	226
F44.1	Fuga disociativa	226
F44.2	Estupor disociativo	227
F44.3	Trastornos de trance y de posesión	227
F44.4	Trastornos disociativos del movimiento	228
F44.5	Convulsiones disociativas	229
F44.6	Anestesia disociativa y pérdida sensorial	229
F44.7	Trastornos disociativos mixtos (y de conversión)	230
F44.8	Otros trastornos disociativos (de conversión)	230
	.80 Síndrome de Ganser	230
	.81 Trastorno de personalidad múltiple	230
	.82 Trastornos disociativos (de conversión) transitorios de la infancia o adolescencia	231
	.88 Otro trastorno disociativo (de conversión) especificado	231
F44.9	Trastorno disociativo (de conversión) no especificado	232
F45	Trastornos Somatomorfos	232
F45.0	Trastorno de somatización	232
F45.1	Trastorno somatomorfo indiferenciado	234
F45.2	Trastorno hipocondríaco	234
F45.3	Disfunción autonómica somatomorfa	235
	.30 del corazón y sistema cardiovascular	237
	.31 del tracto gastrointestinal alto	237
	.32 del tracto gastrointestinal bajo	237
	.33 del sistema respiratorio	237
	.34 del sistema urogenital	237
	.38 de otros órganos o sistemas [otra disfunción vegetativa somatomorfa]	237
F45.4	Trastorno de dolor persistente somatomorfo	237
F45.8	Otros trastornos somatomorfos especificados	238
F45.9	Trastorno somatomorfo no especificado	238
F48	Otros Trastornos Neuróticos	238
F48.0	Neurastenia	238
F48.1	Síndrome de despersonalización-desrealización	240
F48.8	Otros trastornos neuróticos especificados	240
F48.9	Trastorno neurótico no especificado	241



INTRODUCCIÓN DE LA SECCIÓN

Excluye: Cuando están asociados con trastornos de la conducta en F91.- (F92.8)

F40 Trastornos Fóbicos de Ansiedad

Grupo de trastornos en los cuales la ansiedad es provocada exclusiva o predominantemente por ciertas situaciones bien definidas que, en realidad, no son peligrosas. Como resultado, estas situaciones son típicamente evitadas, o son soportadas con pavor. La preocupación del paciente puede centrarse en síntomas particulares, como palpitaciones o sensación de desvanecimiento, y a menudo se asocia con temores secundarios a morir, a perder el control o a enloquecer. El solo pensamiento de tener que enfrentar una situación fóbica genera habitualmente ansiedad anticipatoria. A menudo coexisten la ansiedad fóbica y la depresión. La presencia de dos diagnósticos – la ansiedad fóbica y el episodio depresivo – o de sólo uno de ellos, lo dicta la evolución clínica de la sintomatología y, en ocasiones, la respuesta terapéutica.

F40.0 Agorafobia

Conglomerado relativamente bien definido de fobias que abarca el miedo a salir del hogar, el miedo a entrar a locales comerciales, a sitios donde hay multitudes, o a lugares públicos, o el miedo a viajar solo en tren, en ómnibus o en avión. Una característica frecuente en los episodios anteriores y en los actuales es la crisis de angustia (pánico). También aparecen con frecuencia síntomas depresivos, obsesivos y fobias a la interacción social, en calidad de rasgos secundarios. A menudo los pacientes evitan notablemente la situación fóbica; dado lo cual, algunos agorafóbicos experimentan poca ansiedad, porque son capaces de evitar sus situaciones fóbicas.

Incluye: Agorafobia sin historia de trastornos de pánico
Trastornos de pánico con agorafobia

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Miedo manifiesto o conducta de evitación ante por lo menos dos de las siguientes situaciones:
- 1) multitudes;
 - 2) lugares públicos;
 - 3) viajar solo;
 - 4) viajar lejos de casa.
- B. Al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación temida tienen que presentarse conjuntamente, en una ocasión al menos desde el comienzo de los trastornos, y uno de los síntomas tiene que estar en los síntomas listados entre 1 y 4;

Síntomas autonómicos

- 1) Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
- 2) Sudoración.
- 3) Temblores o sacudidas de los miembros.
- 4) Sequedad de boca (no debida a la medicación o deshidratación).



Síntomas en el pecho y abdomen

- 5) Dificultad para respirar.
- 6) Sensación de ahogo.
- 7) Dolor o malestar en el pecho.
- 8) Náusea o malestar abdominal (por ejemplo, estómago revuelto)

Síntomas relacionados con el estado mental

- 9) Sensación de mareo, inestabilidad, o desvanecimiento.
- 10) Sensación de que los objetos son irreales (desrealización), o de sentirse lejos de la situación o “fuera” de ella (despersonalización).
- 11) Sensación de perder el control, “volverse loco” o de muerte inminente.
- 12) Miedo a morir.

Síntomas generales

- 13) Sofocos o escalofríos.
 - 14) Sensación de entumecimiento u hormigueo.
- C. Malestar emocional significativo, causado por la conducta de evitación o por los síntomas de ansiedad, por cuanto el paciente reconoce que estos son excesivos o carecen de sentido.
- D. Los síntomas se limitan o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas.
- E. *Criterio de exclusión más frecuentemente usado:* El criterio A no es debido a ideas delirantes, alucinaciones u otros síntomas de trastornos tales como la esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29), trastornos del humor [afectivos] (F30-F39) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42), ni tampoco son secundarios a creencias de la propia cultura.

La presencia o ausencia del trastorno de pánico (F41.0) en la mayoría de ocasiones en que se presenta la situación agorafóbica puede especificarse mediante un quinto dígito:

- F40.00 sin trastorno de pánico
- F40.01 con trastorno de pánico

Opciones para estimar la gravedad. La gravedad en F40.0 puede ser estimada indicando el grado de evitación, teniendo en cuenta el contexto cultural. En F40.01 se puede estimar contando el número de ataques de pánico.

Anotación Latinoamericana

Anteriormente se definía la agorafobia como el miedo a los espacios abiertos, de ahí su nombre, pues *agora* era la plaza o mercado de las ciudades griegas. Una definición más actual de la agorafobia sería el temor a verse desamparado o impedido de recibir ayuda en caso de padecer una crisis de pánico. Típicamente en muestras clínicas los casos de agorafobia sin antecedentes de trastorno de pánico son excepcionales. En ocasiones basta con haber



padecido unas pocas crisis de pánico, para desarrollar una agorafobia severa y crónica, en otros la agorafobia es leve o moderada. En la práctica clínica un porcentaje mayor de los casos de trastorno de pánico se acompaña de agorafobia; en aquellos que no, sobre todo en varones, probablemente razones culturales atribuibles al machismo, tienden a minimizar, ocultar o a intentar superar las fobias más activamente. Vale destacar que en la mitad de los casos de agorafobia, la misma se acompaña de temores claustrofóbicos diversos (permanecer en lugares cerrados o sin ventanas, ascensores, aviones, túneles y puentes, quedar bloqueados en un atasco de tránsito, etc.) no temores a verse impedidos de recibir ayuda en caso de padecer una crisis de pánico. En estos casos consideramos que la claustrofobia es parte de la agorafobia y abarca temores diversos (Cía, 2000); A. Cía, comunicación personal, 2012).

F40.1 Fobias sociales

Temor a ser evaluado por la gente, que lleva al paciente a evitar situaciones de interacción social. Las fobias más profundas a la interacción social se asocian habitualmente con una baja autoestima y con un temor a la crítica. Los pacientes pueden presentar síntomas de rubor, temblor de las manos, náuseas, o necesidad urgente de orinar, y a veces están convencidos de que una de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad es su problema primario. Los síntomas pueden progresar hasta los ataques de pánico.

Incluye: Antropofobia
Neurosis social

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Algunos de los siguientes síntomas deben darse:
- 1) Miedo marcado a ser el foco de atención o miedo a comportarse de forma embarazosa o humillante.
 - 2) Evitación marcada de ser el foco de atención, o a las situaciones en las cuales hay miedo a comportarse de forma embarazosa o humillante.
- Estos miedos se manifiestan en situaciones sociales tales como comer o hablar en público, encontrarse conocidos en público, o introducirse o permanecer en actividades de grupo reducido (por ejemplo: fiestas, reuniones de trabajo-clases).
- B. Al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación temida, como se define en F40.0, criterio B, tienen que presentarse conjuntamente, en una ocasión al menos desde el comienzo de los trastornos, y uno de los síntomas siguientes:
- 1) ruboración;
 - 2) miedo a vomitar;
 - 3) necesidad imperiosa o temor a orinar o defecar.
- C. Malestar emocional significativo, causado por la conducta de evitación o por los síntomas de ansiedad, por cuanto el paciente reconoce que estos son excesivos o carecen de sentido.
- D. Los síntomas se limitan o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas.



- E. *Criterio de exclusión más frecuentemente usado:* Los criterios A y B no son debidos a ideas delirantes, alucinaciones u otros síntomas de trastornos tales como trastornos mentales orgánicos (F00-F04), la esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29), trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42), ni tampoco son secundarios a creencias de la propia cultura.

F40.2 Fobias específicas (aisladas)

Son fobias restringidas a situaciones muy específicas, tales como la cercanía de ciertos animales, las alturas, el trueno, la oscuridad, volar en avión, los espacios cerrados, orinar o defecar en baños públicos, la ingestión de ciertos alimentos, la atención dental o la visión de sangre o de heridas. Aunque la situación desencadenante es discreta, su aparición puede provocar pánico, al igual que en la agorafobia o en la fobia social.

Anotación Latinoamericana

La existencia de crítica sobre lo irracional del temor suele enmascarse en la cultura latinoamericana. Algunos pacientes (sobre todo hombres) tratan de ocultar o racionalizar las fobias. El ejemplo más típico en nuestro medio es decir que se les tiene “asco” y no miedo a las ranas, que “impresiona” lo frías que son, que les pueden orinar en los ojos, etc. Ser “alérgicos” a determinado animal, vegetal u objeto es otra argucia frecuentemente empleada.

Otros, avergonzados de lo que puede constituir una “ofensa a su hombría”, hiperbolizan la existencia de posibilidades riesgosas, más teóricas que reales (un tigre puede soltarse en un zoológico, un perro morder, o un avión caerse), que no producen conductas de evitación ni ansiedad anormal en la mayoría de las personas de su entorno.

Una actitud “contrafóbica” puede también producirse, con un acercamiento tenso y frecuentemente impulsivo, destructivo y exageradamente intenso al objeto fóbico, que lleva en ocasiones a golpear, por ejemplo, a una cucaracha con tal violencia (o con el uso de tales instrumentos) que parecería que el sujeto enfrentara a un poderoso enemigo.

Incluye: Acrofobia
Claustrofobia
Fobia a los animales
Fobia simple

Excluye: Dismorfofobia (sin delirios) (F45.2)
Nosofobia (F45.2)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Alguno de los siguientes síntomas deben darse:
- 1) Miedo marcado ante un objeto o situación específica no incluida en agorafobia (F40.0) o en fobia social (F40.1).
 - 2) Evitación marcada ante un objeto o situación específica no incluida en agorafobia (F40.0) o en fobia social (F40.1).



Entre los objetos o situaciones más frecuentes están los animales, los pájaros, los insectos, las alturas, los espacios pequeños y cerrados, la visión de la sangre y heridas, las inyecciones, los dentistas y los hospitales.

- B. Síntomas de ansiedad en la situación temida, en algún momento desde el inicio del trastorno, tal y como se define en el criterio B de F40.0 (agorafobia).
- C. Malestar emocional significativo, causado por la conducta de evitación o por los síntomas de ansiedad, por cuanto el paciente reconoce que estos son excesivos o carecen de sentido.
- D. Los síntomas se limitan o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas.

Si se desea, las fobias específicas pueden subdividirse como sigue:

- Tipo animal (por ejemplo, insectos, perros)
- Tipo fuerzas de la naturaleza (por ejemplo, tormentas, agua)
- Tipo sangre, inyecciones y heridas.
- Tipo situaciones (por ejemplo, ascensores, túneles).
- Otros tipos.

F40.8 Otros trastornos fóbicos de ansiedad

F40.9 Trastorno fóbico de ansiedad no especificado

Incluye: Estado fóbico sin especificación
Fobia sin especificación

F41 Otros Trastornos de Ansiedad

Trastornos en los cuales la manifestación de ansiedad es el síntoma principal, y no está restringida a ninguna situación específica del entorno. Puede haber también síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, a condición de que éstos sean claramente secundarios o menos graves.

F41.0 Trastorno de pánico (Ansiedad paroxística episódica)

El rasgo fundamental son los ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico), que no se restringen a una situación en particular o a un conjunto de circunstancias, y que por lo tanto son impredecibles (y a menudo espontáneos). Como ocurre en otros trastornos de ansiedad, entre los síntomas predominantes se cuentan el comienzo repentino de palpitaciones, el dolor precordial, las sensaciones de asfixia, el vértigo y los sentimientos de irrealidad (despersonalización y falta de vínculo con la realidad). A menudo hay también un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. La crisis de angustia no debe aparecer como diagnóstico principal si el paciente padece un trastorno depresivo en el período en que se inician los ataques, dado que en esas circunstancias las crisis de angustia son probablemente secundarias a la depresión.

Incluye: Ataque de pánico
Estado de pánico



Excluye: Trastorno de pánico con agorafobia (F40.0)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Ataques de pánico recurrentes que no se asocian de modo constante a una situación u objeto específicos, y que a menudo se presentan de forma espontánea (es decir, de un modo imprevisible). Los ataques de pánico no se deben (exclusivamente) a un ejercicio intenso o a la exposición a situaciones peligrosas o a amenazas para la vida.
- B. Un ataque de pánico se caracteriza por todo lo siguiente:
- 1) es un episodio aislado de temor o de malestar;
 - 2) se inicia bruscamente;
 - 3) alcanza su máxima intensidad en pocos segundos y dura algunos minutos;
 - 4) deben hallarse presentes por lo menos cuatro de los síntomas listados a continuación, uno de los cuales debe ser de los ítems a) á d).

Síntomas autonómicos

- a) Palpitaciones o golpeo del corazón o ritmo cardíaco acelerado.
- b) Escalofríos.
- c) Temblores o sacudidas.
- d) Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

Síntomas relacionados en el pecho o abdomen

- e) Dificultad para respirar.
- f) Sensación de ahogo.
- g) Dolor o malestar en el pecho.
- h) Náusea o malestar abdominal (por ejemplo, estómago revuelto)

Síntomas relacionados con el estado mental

- i) Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
- j) Sensación de irrealidad (desrealización), o de sentirse fuera de la situación (despersonalización).
- k) Sensación de ir a perder el control, de volverse loco o de ir a perder el conocimiento.
- l) Miedo a morir.

Síntomas generales

- m) Oleadas de calor o escalofríos.
 - n) Adormecimiento o sensación de hormigueo.
- C. *Criterio de exclusión más usado:* El trastorno no es debido a trastorno somático, trastorno mental orgánico (F00-F09), ni a otros trastornos mentales tales como la esquizofrenia y trastornos relacionados (F20-29), trastornos del humor (afectivos) (F30-39), o trastorno somatomorfo (F45).

El grado de variabilidad individual -tanto del criterio como de la gravedad- es muy grande, por lo que mediante un quinto dígito pueden especificarse dos grados, moderado y grave.



- F41.00 Trastorno de pánico moderado: al menos cuatro ataques de pánico en un período de cuatro semanas.
- F41.01 Trastorno de pánico grave: al menos cuatro ataques de pánico por semana en el período de cuatro semanas.

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR considera de importancia nosológica y práctica la clara diferenciación entre el trastorno de pánico, con o sin agorafobia, y otros trastornos de ansiedad. Importantes estudios de revisión bibliográfica en la región sustentan esta consideración (Saviñón Tirado, Solís de Méndez & Johnson Rodríguez, 2002). Con frecuencia la persona se queja de síntomas confusos y las expresiones pueden no ser claramente las de una crisis de ansiedad, pero sí es descrita como repentina. Estas quejas pueden contener expresiones culturalmente influenciadas. Algunas crisis de pánico se asocian a fobias de impulsión, como temor a hacerle daño a alguna persona, y duran el tiempo que duran las crisis.

En el trastorno de pánico, la atención está volcada a la viscerocepción, y centrada en el sistema somático cuyas manifestaciones evoquen las crisis de pánico espontáneas iniciales. En muchos casos el síntoma principal en las crisis iniciales, es el atragantamiento y dificultad posterior para ingerir sólidos. Esta presentación se da sobre todo en mujeres y, por lo tanto, es importante el diagnóstico diferencial con la anorexia nerviosa, porque suelen perder mucho peso, al verse obligadas a ingerir líquidos o papillas por meses (Cía, 2000; A. Cía, comunicación personal, 2012).

F40-F48

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Su característica fundamental es una ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe ni siquiera en términos de algún fuerte predominio, a ninguna circunstancia del entorno en particular (es decir, la angustia, “flota libremente”). Los síntomas principales son variables, pero incluyen quejas de permanente nerviosidad, temblor, tensiones musculares, sudoración, atolondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico. A menudo los pacientes manifiestan temores de una próxima enfermedad o de un accidente, que sufrirán en breve ellos mismos o alguno de sus parientes.

Incluye: Estado de ansiedad
Neurosis de ansiedad
Reacción de ansiedad

Excluye: Neurastenia (F48.0)

Criterios Diagnósticos de Investigación

Nota: En los niños y adolescentes, a menudo, la variación de las quejas por las que la ansiedad generalizada se manifiesta es más limitada que en los adultos, y los síntomas específicos autonómicos son más llamativos. Para este grupo en concreto, criterios alternativos pueden encontrarse para su uso en F93.80 (Trastorno de ansiedad generalizada de la infancia), si se prefiere.



- A. Un período de al menos seis meses de notable ansiedad, preocupación y sentimientos de aprensión (justificados o no), en relación con acontecimientos y problemas de la vida cotidiana.
- B. Por lo menos cuatro de los síntomas listados abajo deben estar presentes, y al menos uno de los listados entre (1) y (4).

Síntomas autonómicos

- 1) Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
- 2) Sudoración.
- 3) Temblores o sacudidas de los miembros.
- 4) Sequedad de boca (no debida a la medicación o deshidratación).

Síntomas en el pecho y abdomen

- 5) Dificultad para respirar.
- 6) Sensación de ahogo.
- 7) Dolor o malestar en el pecho.
- 8) Náusea o malestar abdominal (por ejemplo, estómago revuelto)

Síntomas relacionados con el estado mental

- 9) Sensación de mareo, inestabilidad, o desvanecimiento.
- 10) Sensación de que los objetos son irreales (desrealización), o de sentirse lejos de la situación o “fuera” de ella (despersonalización).
- 11) Sensación de perder el control, “volverse loco” o de muerte inminente.
- 12) Miedo a morir.

Síntomas generales

- 13) Sofocos o escalofríos
- 14) Sensación de entumecimiento u hormigueo.

Síntomas de tensión

- 15) Tensión muscular o dolores y parestesias.
- 16) Inquietud y dificultad para relajarse.
- 17) Sentimiento de estar “al límite” o bajo presión o de tensión mental.
- 18) Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

Otros síntomas no específicos

- 19) Respuesta de alarma exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.
 - 20) Dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco, debido a la preocupación o ansiedad.
 - 21) Irritabilidad persistente.
 - 22) Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.
- C. El trastorno no satisface todos los criterios para trastorno de pánico (F41.0), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno obsesivo-compulsivo(F42.-) o trastorno hipocondríaco (F45.2).



- D. *Criterio de exclusión más frecuentemente usado:* El trastorno no se debe a un trastorno orgánico específico, tal como hipertiroidismo, un trastorno mental orgánico (F00-F09), o un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19), tales como un consumo excesivo de sustancias de efectos anfetamínicos o abstinencia de benzodiazepinas.

Anotación Latinoamericana

En algunas regiones de América Latina es común que los pacientes reporten la “angurria” (poliaquiuria) como un síntoma físico (somático) de ansiedad generalizada. Las poblaciones latinoamericanas suelen tener muchos estresores psicosociales, muchos de ellos vinculados a problemas socioeconómicos y, por ello, manifiestan con frecuencia tener preocupaciones frecuentes justificadas. Se recomienda que los síntomas descritos estén presentes todos o casi todos los días para determinar la presencia del trastorno. Tomar en cuenta que en Latinoamérica se suele utilizar el término de “preocupado” como sinónimo de “responsable”.

Cabe destacar que el síntoma capital del trastorno de ansiedad generalizada es la preocupación excesiva referida a diversas áreas de la vida cotidiana, anticipando posibles sucesos negativos, aunque sean altamente improbables en la realidad. Por otra parte, los síntomas somáticos descritos, suelen ser leves o moderados, a diferencia del trastorno de pánico. En este caso, la ansiedad es altruista, focalizada usualmente en algún posible evento catastrófico de algún ser querido (Cía, 2001; A. Cía, comunicación personal, 2012).

F40-F48

F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión

Esta categoría debe ser utilizada cuando existen tanto síntomas de ansiedad como de depresión, pero sin que ninguno de estos síntomas sea claramente predominante, ni aparezca con tal importancia que justifique un diagnóstico particular, si es que se los considera por separado. Cuando se dan en conjunto los síntomas de ansiedad y de depresión, y son suficientemente graves como para justificar diagnósticos separados, deben registrarse ambos y esta categoría no deberá ser utilizada.

Incluye: Depresión ansiosa (leve o no persistente)

Criterios Diagnósticos de Investigación

Dado que para estos trastornos existen muchas combinaciones de síntomas de intensidad leve, no se proporcionan criterios específicos, aparte de los que se hallan en las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Se sugiere a los investigadores que deseen estudiar enfermos con estos trastornos que diseñen sus propios criterios a partir de las pautas, en función de las condiciones y finalidades del estudio.

F41.3 Otros trastornos de ansiedad mixtos

Síntomas de ansiedad mezclados con rasgos de otros trastornos en F42-F48. Ningún tipo de síntoma es suficientemente grave como para justificar un diagnóstico, si es que se considera aisladamente.



F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados

Incluye: Histeria de ansiedad

F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado

Incluye: Ansiedad sin especificación

F42 Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Sus rasgos fundamentales estriban en la presencia de pensamientos obsesivos o de actos compulsivos, ambos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos que penetran la mente del paciente una y otra vez, en forma estereotipada. Estos pensamientos son casi invariablemente angustiantes y el paciente afectado intenta a menudo rechazarlos, sin tener éxito en su empeño. A pesar de esto, son reconocidos como pensamientos propios, incluso aunque sean involuntarios y a menudo repugnantes. Los actos o ritos compulsivos son comportamientos estereotipados, repetidos una y otra vez. No son intrínsecamente agradables, ni tienen como finalidad el cumplimiento de tareas inherentemente útiles. Su función es prevenir algún suceso, objetivamente improbable, a menudo un daño causado al o por el paciente, que éste teme que, de otro modo, puede ocurrir.

Habitualmente el paciente reconoce que este comportamiento no tiene sentido o que es ineficaz, dado lo cual realiza intentos repetidos para resistirse a él. Casi invariablemente hay ansiedad, la cual empeora si los actos compulsivos son resistidos.

Anotación Latinoamericana

En la práctica clínica en América Latina suele hacerse una distinción muy precisa entre los actos y los rituales compulsivos. Los primeros consisten en acciones sencillas (no ensambladas dentro de un grupo de ellas), como tener que leer las placas de los autos que cruzan, contar las ventanas, leer al revés los letreros, etc.

Los rituales, en cambio, están constituidos por un conjunto de acciones coordinadas, a veces extraordinariamente complejas. Por ejemplo, un paciente debe rezar una oración, comprobar que todos los adornos de la casa estén orientados hacia el oeste y besar a la madre antes de salir para el trabajo, o efectuar varias maniobras repetitivas en un orden y número determinado antes de tocar a la puerta.

Incluye: Neurosis anancástica (F48.06)
Neurosis obsesivo-compulsiva (F48.06)

Excluye: Trastornos obsesivo-compulsivos de la personalidad (F60.5)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Deben estar presentes ideas obsesivas o actos compulsivos (o ambos) durante la mayoría de los días durante un período de por lo menos dos semanas.
- B. Las obsesiones (pensamientos, ideas o imágenes) y compulsiones (actos, rituales) comparten las siguientes características, todas las cuales deben hallarse presentes:



- 1) El paciente las reconoce como propias y no como impuestas por otras personas o influidas externamente.
 - 2) Son reiteradas y desagradables, y por lo menos una de la obsesión o compulsión presente debe ser reconocida como carente de sentido.
 - 3) El paciente intenta resistirse a ellas (aunque con el tiempo la resistencia a algunas obsesiones o compulsiones puede volverse mínima). Por lo menos una de las obsesiones o compulsiones presentes es resistida sin éxito.
 - 4) El llevar cabo las obsesiones o compulsiones no es en sí mismo placentero (lo cual debe distinguirse del alivio temporal de la ansiedad o tensión).
- C. Las obsesiones o compulsiones producen malestar o interfieren con las actividades sociales o el funcionamiento normal del sujeto, por lo general por el tiempo que consumen.
- D. *Criterio de exclusión más frecuente usado:* Las obsesiones o compulsiones no son el resultado de otros trastornos mentales, tales como esquizofrenia (F20-F29) o trastornos del humor [afectivos] (F30-F39)

El diagnóstico puede especificarse más con un cuarto dígito (ver F42.0 a F42.9):

Anotación Latinoamericana

1. La GLADP-VR propone agregar a la descripción de esta categoría el siguiente párrafo de considerable importancia nosológica y práctica: “en situaciones particularmente graves el trastorno puede ser seriamente invalidante y las obsesiones alcanzar características casi delusivas”.
2. No siempre los síntomas tienen por propósito (consciente o inconsciente) “prevenir” la ocurrencia de algún suceso específico; en ocasiones estos responden a un temor ambiguo e inespecífico y, en otras, se deben a lo angustioso que resulta no plegarse a ellos.

F42.0 Predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas

Pueden tomar la forma de ideas, imágenes mentales o impulsos para la acción, casi siempre angustiantes para el paciente. Algunas veces estas ideas son indecisas e interminables consideraciones sobre alternativas, asociadas con una incapacidad para tomar decisiones triviales pero necesarias, en la vida cotidiana. La relación entre las rumiaciones obsesivas y la depresión es particularmente estrecha, por lo que el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo debe ser preferido sólo si las rumiaciones surgen o persisten en ausencia de un episodio depresivo.

F42.1 Predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)

La mayoría de los actos compulsivos se refieren al aseo (especialmente al lavado de manos), a la verificación repetida para asegurarse de que se ha logrado impedir el desarrollo de alguna situación potencialmente peligrosa, o al orden y a la pulcritud. Subyace al comportamiento manifiesto, un temor a una situación de peligro para el paciente, que puede ser causada por él, y el ritual es un intento ineficaz o simbólico para alejar ese peligro.



F42.2 Actos e ideas obsesivos mixtos

F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo no especificado

F43 Reacción al Estrés Grave y Trastornos de Adaptación

Esta categoría difiere de las otras, por el hecho de que incluye trastornos identificables no sólo en base a su sintomatología y evolución, sino también a la existencia de una u otra de las siguientes dos influencias causales: un suceso vital excepcionalmente estresante, que produce una reacción aguda de estrés, o un cambio vital significativo, que induce circunstancias desagradables prolongadas, lo cual da como resultado un trastorno de adaptación. Aunque el estrés psicosocial menos grave (“sucesos vitales”) puede precipitar el inicio o contribuir a la presentación de una amplia diversidad de trastornos clasificados en otras partes de este capítulo, su importancia etiológica no siempre es clara y, en ellos, el cuadro depende de la vulnerabilidad individual, a menudo idiosincrásica, del paciente. Es decir, los sucesos vitales no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición y la forma del trastorno. Por el contrario, se considera que los trastornos aquí agrupados surgen siempre como consecuencias directas del estrés agudo grave o del trauma prolongado. El suceso estresante o las circunstancias desagradables prolongadas constituyen el factor causal primario y esencial, al punto de que el trastorno no habría tenido lugar sin estos impactos. Los trastornos en esta categoría pueden ser considerados así, como respuestas adaptativas, pero patológicas, al estrés grave o prolongado, en el sentido de que interfieren con los mecanismos de adaptación normales, por lo cual inducen un deterioro del funcionamiento social del paciente.

F43.0 Reacción al estrés agudo

Trastorno transitorio que se desarrolla en una persona que no tiene ningún otro trastorno mental aparente, en respuesta a un estrés físico y mental excepcional y que habitualmente remite en un lapso de horas o de días. En la aparición y en la gravedad de las reacciones agudas de estrés, desempeñan un papel la vulnerabilidad individual y la capacidad de adaptación de la persona. Los síntomas configuran un cuadro típicamente cambiante y mezclado que comprende un estado inicial de “aturdimiento”, con cierta constricción del campo de la conciencia y con estrechamiento de la atención, incapacidad para captar estímulos y desorientación. Este estado puede ser seguido tanto de un aislamiento ulterior de la situación circundante (incluso hasta el grado de un estupor disociativo, F44.2), como de agitación e hiperactividad (reacción de fuga). Con frecuencia hay signos autonómicos de pánico grave (taquicardia, sudor, rubor). Habitualmente los síntomas aparecen minutos después del impacto del estímulo o suceso estresante, y desaparecen en el lapso de dos o tres días (y a menudo, en horas). Puede haber amnesia total o parcial del episodio (F44.0). Si los síntomas persisten, debe considerarse un cambio de diagnóstico.

Incluye: Choque psíquico
Estado de crisis



Fatiga de combate
 Reacción aguda al estrés
 Reacción de crisis aguda

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Presencia de exposición a un agente físico o psicológico de excepcional gravedad.
- B. El criterio A se sigue de la inmediata aparición de síntomas (dentro del plazo de una hora).
- C. Hay dos grupos de síntomas y la reacción a estrés agudo se califica como:

F43.00 Leve, si sólo se presentan síntomas del grupo (1)

F43.01 Moderada, si se presentan síntomas del grupo (1) y además dos síntomas del grupo (2)

F43.02 Grave, si se presentan síntomas del grupo (1) y además cuatro del grupo (2) o un estupor disociativo (ver F44.2)

Cuando se cumple la pauta 1 y hay cuatro síntomas de la pauta 2, o hay estupor disociativo (F44.2):

- 1) Los criterios B, C y D del trastorno de ansiedad generalizada (F44.1) deben cumplirse.
 - 2)
 - a) Aislamiento social.
 - b) Estrechamiento del campo de la atención.
 - c) Aparente desorientación.
 - d) Ira o agresividad verbal.
 - e) Desesperanza o desesperación.
 - f) Hiperactividad inadecuada o carente de propósito.
 - g) Duelo incontrolable y excesivo (de acuerdo con la cultura propia del sujeto).
- D. Si el agente estresante es transitorio o puede ser aliviado, los síntomas deben empezar a disminuir no más tarde de 8 horas después de desaparecer o aliviarse. Si el agente estresante es persistente, los síntomas deben empezar a atenuarse no más tarde de 48 horas.
 - E *Criterio de exclusión más frecuentemente usado:* Ausencia de cualquier otro trastorno de la CIE-10 en el momento de la evaluación, con la excepción de F41.1 (trastorno de ansiedad generalizada) y F60 (trastornos de la personalidad) y más allá del plazo de tres meses de la finalización de un episodio de cualquier otro trastorno de la CIE-10.

F43.1 Trastorno de estrés post-traumático

Surge como respuesta retardada o tardía a un suceso o a una situación estresante (de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causaría angustia generalizada a casi cualquier



persona. Los factores predisponentes, como los rasgos de la personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos), o una historia de males neuróticos previos, pueden incidir en una reducción del umbral tras el cual se desarrolla el síndrome, o se agrava su evolución, pero ninguno de estos antecedentes es necesario ni suficiente para explicar su aparición. Entre sus características distintivas se encuentran los episodios repetidos en que se revive el trauma a través de recuerdos intrusos (“retrospectivas”), sueños o pesadillas que ocurren sobre un fondo persistente de “torpor” y de aplanamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de respuesta a las circunstancias, de anhedonia y de impedimento de las actividades y de las situaciones que le recuerdan el trauma. Habitualmente hay un estado de alerta excesivo en la esfera autonómica, con hipervigilancia, un incremento de la reacción de alarma e insomnio. La ansiedad y la depresión se asocian con frecuencia con los síntomas y los signos descritos, y no son infrecuentes las ideas suicidas. El comienzo del trastorno sigue a la ocurrencia del trauma con un período de latencia que puede variar desde pocas semanas a unos meses. La evolución es fluctuante, aun cuando en la mayoría de los casos se puede esperar una recuperación. En una pequeña proporción de los casos la afección puede presentar un curso crónico de varios años, con un eventual cambio perdurable de la personalidad (F62.0)

Incluye: Neurosis traumática

Criterio de Investigación

- A. El paciente ha debido exponerse a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo malestar en casi todo el mundo.
- B. Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (“flashbacks”), recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.
- C. Evitación de circunstancias parecidas relacionadas al evento estresante (no presentes antes de la exposición al mismo).
- D. Una de las dos:
 - 1) Incapacidades, parcial o completa, para recordar aspectos importantes del período de exposición al evento estresante.
 - 2) Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación (ausentes antes de la exposición al evento estresante) puestos de manifiesto por al menos dos de los síntomas siguientes:
 - a) dificultad para conciliar o mantener el sueño;
 - b) irritabilidad;
 - c) dificultad de concentración;
 - d) facilidad para distraerse;
 - e) respuesta de alarma (sobresaltos) y aprensión exageradas.
- E. Los criterios B, C y D deben todos satisfacerse en el curso de los seis meses posteriores al acontecimiento estresante o de finalizado el período de estrés.



(El comienzo tardío, luego de transcurridos más de 6 meses, puede aceptarse en circunstancias especiales que deben especificarse claramente).

Anotación Latinoamericana

En virtud de que la población latinoamericana ha sido gravemente expuesta a condiciones traumáticas de diversa naturaleza (desastres naturales, violencia política, represión gubernamental, crimen, entre otras muchas) y a la tendencia de esta población a negar el impacto potencial de tales experiencias sufridas en el pasado, la GLADP-VR sugiere a quienes trabajan con pacientes de esta región, especialmente a aquellos oriundos de países fuera de Latinoamérica, hacer un esfuerzo especial por inquirir sistemáticamente por la presencia en el paciente de antecedentes de exposición a eventos traumáticos significativos. Esto es especialmente importante en pacientes que experimentan trastornos de ansiedad grave.

Debe tomarse en cuenta también que, con el incremento de la confrontación política a nivel global, estos trastornos se han hecho más prevalentes y que muchos individuos expuestos a experiencias traumáticas tienen una mayor resistencia a reportar espontáneamente tales antecedentes, ante el temor de ser singularizados como victimarios y no víctimas.

F40-F48

F43.2 Trastornos de adaptación

Estados de angustia subjetiva y de perturbación emocional, que habitualmente interfieren con el funcionamiento y el desempeño sociales, que surgen en la fase de adaptación a un cambio vital significativo o a un suceso vital estresante. El factor estresante puede haber afectado la integridad de la red de relaciones sociales de la persona (duelo, experiencias de separación), puede haber alterado el sistema más amplio de sus fundamentos y valores sociales (migración, condición de refugiado), o bien, puede haber representado una transición o una crisis importante en su desarrollo (ingreso a la escuela, paternidad, fracaso en la obtención de una meta personal esperada, jubilación). La predisposición o la vulnerabilidad individual desempeñan un papel importante en el riesgo de presentación y en la configuración de las manifestaciones de los trastornos de adaptación, si bien se acepta que la afección no habría surgido sin la acción del factor estresante. Las manifestaciones varían, incluyen depresión del humor, ansiedad o preocupación (o una mezcla de ambas), sentimiento de incapacidad para arreglárselas, para planificar el futuro o para continuar en la situación actual, como también cierto grado de deterioro en la ejecución de la rutina diaria. Puede haber rasgos de trastornos de la conducta asociados, especialmente en los adolescentes. El rasgo predominante puede consistir en una reacción depresiva breve o prolongada o en una perturbación de otras emociones y de la conducta.

Incluye: Choque cultural
Hospitalismo en niños
Reacción de duelo

Excluye: Trastorno de ansiedad de separación en la niñez (F93.0)



Criterio de Investigación

- A. Haber sido expuesto a un estrés psicosocial identificable, el cual no es de gravedad extraordinaria ni de tipo catastrófico, no más de un mes antes del comienzo de los síntomas.
- B. Síntomas o trastornos del comportamiento del tipo de los descritos en cualquiera de los trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) (excepto ideas delirantes [delusivas] y alucinaciones), de los trastornos de F40-F49 (trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos) y de los trastornos disociales (F91.-), siempre que no se satisfagan los criterios para un trastorno en particular. La forma y gravedad de los síntomas pueden variar de un momento a otro.

La característica predominante de los síntomas debe especificarse mediante un quinto dígito:

F43.20 Reacción depresiva breve: Estado depresivo leve y transitorio de duración no superior a un mes.

F43.21 Reacción depresiva prolongada: Estado depresivo leve que aparece como respuesta a una exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede los dos años.

F43.22 Reacción mixta de ansiedad y depresión: Destacan los síntomas de ansiedad y depresión pero con niveles de gravedad no superiores a los especificados para el trastorno mixto de ansiedad-depresión (F41.2) u otro trastorno de ansiedad mixto (F41.3).

F43.23 Con predominio de alteración de otras emociones: Los síntomas corresponden a varios tipos de emociones, tales como ansiedad, depresión, preocupación, tensión e ira. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden satisfacer los criterios para el trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) u otro trastorno mixto de ansiedad (F41.3), pero no son tan predominantes como para que pueda hacerse un diagnóstico de trastorno depresivo o de ansiedad más específico. Esta categoría debe utilizarse también para reacciones en la infancia en las cuales se hallan presentes comportamientos regresivos tales como enuresis nocturna o chuparse el pulgar.

F43.24 Con predominio de alteraciones disociales: El trastorno más sobresaliente es el comportamiento disocial, por ejemplo en el caso de una reacción de duelo en la que un adolescente se comporta de un modo francamente inadecuado o agresivo.

F43.25 Con alteraciones de las emociones y disociales mixtas: Las características más destacadas son los síntomas emocionales y los trastornos disociales del comportamiento.

F43.28 Con otros síntomas predominantes especificados.

Incluye: El tipo neurasteniforme

- C. Los síntomas no persisten más de seis meses tras la finalización del estrés o sus consecuencias, a excepción de F43.21, reacción depresiva prolongada (este criterio no debe impedir el diagnóstico provisional en espera de que el criterio temporal llegue a satisfacerse).



Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR propone agregar como término de inclusión la subcategoría F43.28, Trastorno de adaptación de tipo neurasteniforme, que en algunas áreas de América Latina es muy prevalente. Se ha señalado la asociación de este trastorno al hábito corporal leptosómico y al empeoramiento vespertino de los síntomas. En Cuba, por ejemplo, es muy frecuente la aparición de dificultades sexuales (falta de deseo o disfrute sexual, eyaculación precoz, ausencia de orgasmo, erección insuficiente o ausente, etc.) en personas que están expuestas a situaciones irritantes y persistentes. Entre los síntomas más comunes en el medio latinoamericano, se encuentran la incapacidad para concentrarse y las “fallas” de la memoria. Una elevada proporción de pacientes se queja de dolor localizado en la región de la nuca, que muchos de ellos identifican como dolor de cerebro o de “celebro”.

F43.8 Otra reacciones al estrés grave

F43.9 Reacción al estrés grave no especificada

F44 Trastornos Disociativos (de Conversión)

La temática común compartida por los trastornos disociativos y de conversión consiste en una pérdida parcial o total de la integración normal entre los recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad y de las sensaciones inmediatas, y el control de los movimientos corporales. Todos los tipos de trastornos disociativos tienden a remitir después de pocas semanas o meses, especialmente si su comienzo está asociado con un suceso vital traumático. Si el inicio se asocia con problemas insolubles o dificultades interpersonales, puede desarrollarse trastornos más crónicos, especialmente parálisis y anestias. Anteriormente estos trastornos se clasificaban en diversos tipos de “histeria de conversión”. Se cree que son de origen psicógeno y que se asocian estrechamente con sucesos traumáticos, con problemas insolubles e intolerables o con perturbaciones de las relaciones. A menudo los síntomas representan el concepto que el paciente tiene de las formas de manifestación de una enfermedad física. El examen médico y los estudios no revelan ningún trastorno físico ni neurológico. Además, hay evidencias de que la pérdida de la función es expresión de conflictos o de necesidades emocionales. Los síntomas pueden desarrollarse en estrecha asociación con el estrés psicológico, y a menudo son de aparición brusca. Están incluidos aquí sólo los trastornos de las funciones físicas que se hallan normalmente bajo control voluntario y la pérdida de las sensaciones. Los trastornos que implican dolor y otras sensaciones físicas complejas, mediadas por el sistema nervioso autónomo, se clasifican como trastornos de somatización (F45.0). Debe tenerse en mente siempre la posibilidad de una aparición posterior de trastornos físicos o psiquiátricos graves.

Incluye: Histeria

Histeria de conversión

Psicosis histérica

Reacción de conversión

Ataque de nervios (ver Síndromes Culturales Latinoamericanos)



Excluye: Simulación consciente (enfermo simulador) (Z76.5)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- G1. No se halla presente ninguna patología orgánica que justifique los síntomas del trastorno (aunque pueden estar presentes trastornos orgánicos que den lugar a otros síntomas).
- G2. Evidencia de una génesis psicológica de los síntomas, en forma de asociación temporal estrecha con acontecimientos o problemas estresantes (a menudo alteración en las relaciones personales).

Anotación Latinoamericana

Siguiendo el ejemplo del Glosario Cubano de Psiquiatría, la GLADP-VR ha incluido en esta categoría al Ataque de nervios, pero su descripción completa se presenta en la Sección de Síndromes Culturales (ver).

F44.0 Amnesia disociativa

Su principal característica es la pérdida de la memoria, habitualmente de sucesos importantes recientes, que no se debe a un trastorno mental orgánico, pero que es demasiado importante como para que pudiera ser explicada por olvido o fatiga comunes. La amnesia se centra habitualmente en sucesos traumáticos, tales como accidentes o duelos inesperados, y por lo general es parcial y selectiva. Es rara la amnesia completa y generalizada, la cual habitualmente forma parte de una fuga disociativa (F44.1). Si es así, debe clasificarse como tal. No debe hacerse este diagnóstico si hay un trastorno cerebral orgánico, una intoxicación o fatiga excesiva.

- Excluye:** Amnesia anterógrada (R41.1)
Amnesia postictal en la epilepsia (G40.-)
Amnesia retrógrada (R41.2)
Amnesia sin especificación (R41.3)
Síndrome amnésico orgánico no alcohólico (F04)
Trastorno amnésico alcohólico o inducido por drogas (F10-F19 con cuarto carácter común .6)

Criterio de Investigación

- A. Se satisfacen los criterios generales del trastorno disociativo (F44).
- B. Amnesia, parcial o completa, para acontecimientos o problemas recientes que fueron o siguen siendo traumáticos o estresantes.
- C. La amnesia es demasiado importante y persistente para ser explicada como un olvido habitual (aunque su profundidad y extensión pueden variar de una a otra evaluación), o por una simulación intencionada.

F44.1 Fuga disociativa

La fuga disociativa tiene todas las características de la amnesia disociativa más el propósito de escapar de la realidad cotidiana. Aunque hay amnesia del período de fuga, el comportamiento del paciente durante el mismo puede parecer completamente normal para los observadores no informados.



Excluye: Fuga postictal en la epilepsia (G40.-)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se satisfacen los criterios generales del trastorno disociativo (F44).
- B. Se ha llevado a cabo un viaje lejos de casa o del lugar de trabajo y actividades sociales, realizado de forma inesperada pero de un modo bien organizado, durante el cual se mantiene un correcto cuidado de sí mismo.
- C. Amnesia del viaje, de forma parcial o completa y que satisface la pauta C para amnesia disociativa (F44.0)

F44.2 Estupor disociativo

El estupor disociativo se diagnostica sobre la base de una disminución profunda o ausencia de movimiento voluntario y de respuesta normal a estímulos externos como la luz, el ruido o el tacto, en tanto que el examen médico y los análisis de laboratorio no revelan evidencia de causa física alguna. Además, hay evidencia positiva de la causalidad psicógena del trastorno a partir de sucesos o problemas estresantes recientes.

Excluye: Estupor:

- sin especificación (R40.1)
- catatónico (F20.2)
- depresivo (F31-F33)
- maníaco (F30.2)

Trastorno catatónico orgánico (F06.1)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se satisfacen los criterios generales del trastorno disociativo (F44).
- B. Disminución o ausencia de movimientos voluntarios y del habla, así como de la respuesta normal a la luz, al ruido y al ser tocado.
- C. Se conserva el tono muscular, la postura en reposo y los movimientos de la respiración normales (y frecuentemente de los movimientos coordinados de los ojos).

F44.3 Trastornos de trance y de posesión

Trastornos en los cuales hay una pérdida temporal del sentido de identidad personal y de la plena conciencia del entorno. Debe incluirse aquí sólo estados de trance involuntarios o no deseados y que tienen lugar fuera de situaciones religiosas o culturalmente aceptadas.

Excluye: Estados asociados con:

- esquizofrenia (F20.-)
- intoxicación con sustancia psicoactiva (F10-F19, con cuarto carácter común .0)
- síndrome postconcusional (F07.2)
- trastorno orgánico de la personalidad (F07.0)
- trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23.-)



Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. El criterio general para trastorno disociativo (F44) debe cumplirse.
- B. Algunos de los siguientes síntomas debe cumplirse:
 - 1) Trastorno de trance: Presencia de una alteración transitoria de la conciencia, puesta de manifiesto por:
 - a) Pérdida del sentido de la identidad personal.
 - b) Estrechamiento del campo de la conciencia respecto al entorno inmediato del sujeto o marcada reducción, selección y focalización de la misma a algunos estímulos concretos del entorno del sujeto.
 - c) Limitación de movimientos, posturas y habla a la repetición de un repertorio limitado.
 - 2) Trastorno de posesión: El individuo está convencido de ser poseído por un espíritu, poder, deidad u otra persona.
- C. Ambos criterios (1) y (2) deben presentarse de un modo no buscado e incómodo y al margen de la -o como- prolongación de estados similares aparecidos en ceremonias religiosas u otras culturalmente aceptadas.
- D. *Criterio de exclusión más frecuentemente usado:* Los fenómenos no se presentan en el contexto de una esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29) o de un trastorno del humor (afectivo con alucinaciones o ideas delirantes (F30-F39)

Anotación Latinoamericana

Este es un trastorno frecuentemente encontrado en la práctica clínica en América Latina, especialmente entre las poblaciones aborígenes. El síndrome cobra especial importancia para clínicos que utilizan el sistema de clasificación norteamericano (DSM-IV, por ejemplo), pues en ese manual no se recoge este diagnóstico como parte de su organización nosológica, sobre la base de que el grupo de trabajo respectivo no encontró datos suficientes de su existencia para superar los umbrales de inclusión, pese a la propuesta inicial de incluirse como parte de los trastornos disociativos en el Libro de Opciones inicial (Cardeña, Lewis-Fernández, Bear, Pakianathan & Spiegel, 1996; Hales, 1998).

F44.4 Trastornos disociativos del movimiento

Las variedades más comunes de este trastorno consisten en la pérdida de la capacidad de movimiento de la totalidad o de una parte de una o más extremidades. Puede haber un parecido estrecho con casi cualquier variedad de ataxia, apraxia, acinesia, afonía, disartria, discinesia, convulsiones o de parálisis.

Incluye: Afonía psicógena
Disfonía psicógena

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se satisfacen los criterios generales del trastorno disociativo (F44).



B. Alguno de los siguientes síntomas debe cumplirse:

- 1) Pérdida parcial o completa de la capacidad para realizar movimientos que normalmente se encuentran bajo control voluntario (incluyendo el habla).
- 2) Incoordinación, ataxia o incapacidad para permanecer de pie sin ayuda, de gravedad variable.

Anotación Latinoamericana

Este y los trastornos de F44 que siguen son trastornos frecuentes en poblaciones poco “sofisticadas” educacionalmente, tanto en países subdesarrollados como en países altamente industrializados. Se discute si su sitio taxonómico es entre los trastornos disociativos o entre los somatomorfos. En todo caso, tienen una gran importancia clínica. El paciente con frecuencia presenta otros rasgos histriónicos en su carácter y, aunque la sintomatología puede ser aparatosa, suele mostrarse en un paciente que no parece experimentar gran incomodidad con la misma. Por eso se ha denominado a esta peculiaridad sintomática “la bella indiferencia”.

F44.5 Convulsiones disociativas

Las convulsiones disociativas pueden imitar muy estrechamente a los ataques epilépticos en cuanto a los movimientos, pero rara vez el paciente se muerde la lengua, sufre contusiones al caer o presenta incontinencia de orina. No hay pérdida de la conciencia, o ésta es remplazada por un estado de estupor o de trance.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se satisfacen los criterios generales del trastorno disociativo (F44)
- B. Presencia de movimientos espasmódicos de aparición brusca e inesperada, muy parecidos a cualquiera de las variedades de crisis epilépticas, pero que no son seguidos de pérdida de conciencia.
- C. Los síntomas del criterio B no se acompañan de mordedura de lengua, incontinencia urinaria, contusiones o hematomas importantes a consecuencia de la caída.

Anotación Latinoamericana

Ver Anotación en F44.4

F44.6 Anestesia disociativa y pérdida sensorial

Las áreas cutáneas que presentan anestesia tienen evidente relación con las ideas que el paciente tiene de las funciones corporales, antes que con conocimientos médicos. Puede haber pérdidas diferenciales entre las distintas modalidades sensoriales, las cuales no es posible que se deban a lesiones neurológicas. La pérdida sensorial puede acompañarse de quejas de parestesia. La pérdida de la visión y de la audición son raramente totales en los trastornos disociativos.

Incluye: Sordera de origen psicógeno



Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se satisfacen los criterios generales del trastorno disociativo (F44).
- B. Alguno de los siguientes síntomas debe cumplirse:
 - 1) Pérdida completa o parcial de cualquiera de las sensaciones cutáneas normales en toda la superficie corporal o en parte de la misma (especificar: tacto, pinchazo, vibración, frío, calor).
 - 2) Pérdida parcial o completa de la visión, audición u olfato (especificar).

Anotación Latinoamericana

Ver Anotación en F44.4

F44.7 Trastornos disociativos mixtos (y de conversión)

Combinación entre los trastornos descritos en F44.0-F44.6

Anotación Latinoamericana

Ver Anotación en F44.4

F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión)

Incluye: Confusión psicógena
Estado crepuscular psicógeno
Personalidad múltiple
Síndrome de Ganser

Criterios Diagnósticos de Investigación

Este código residual puede utilizarse para anotar otros estados disociativos y de conversión que satisfacen los criterios A y B de F44, pero que no satisfacen los criterios para los trastornos F44.0-F44.7 listados a continuación.

F44.80 Síndrome de Ganser (respuestas aproximadas)

F44.81 Trastorno de personalidad múltiple

- A. Existencia de dos o más personalidades distintas en el mismo individuo, de las cuales sólo una se manifiesta cada vez.
- B. Cada vez una de las personalidades posee sus propios recuerdos, preferencias y comportamiento, y periódicamente (y de forma recurrente) controla totalmente el comportamiento de la persona.
- C. Hay una incapacidad para recordar información personal importante, demasiado extensa como para poder explicarse por un olvido habitual.
- D. Los síntomas no son debidos a trastornos mentales orgánicos (F00-F09) (p.e. en trastornos epilépticos) o trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. (F10-F19) (p.e. intoxicación o abstinencia).



Anotación Latinoamericana

El síndrome de Ganser fue descrito originalmente por el psiquiatra alemán Sigbert Ganser en 1898 en 3 prisioneros y lo describió como un episodio psicótico florido, de corta duración, con amnesia retrógrada y de naturaleza histérica. Más adelante, el término se empleó para describir a individuos que simulan un cuadro psicótico o cuando se presenta un trastorno disociativo en un ambiente forense. Cuatro son sus síntomas más característicos:

- a) Respuestas aproximadas (paralogia, *vorbeireden*). El individuo afectado por este trastorno típicamente ofrece respuestas aproximadas a las preguntas que se le formulan; por ejemplo, si se le pregunta ¿Cuántas patas tiene un caballo? Responderá 3. Aunque la respuesta es sólo cercana a la correcta y puede parecer absurda, indica un claro entendimiento de la pregunta formulada.
- b) Enturbiamiento de la conciencia. Se manifiesta típicamente por inatención y somnolencia.
- c) Síntomas de conversión somática (p.ej., parálisis de naturaleza histérica).
- d) Alucinaciones.

Otras características frecuentemente observadas en este cuadro pueden ser: a) una apariencia de adormilamiento o perplejidad; b) pérdida de la memoria o de la identidad personal; c) perseveración; d) ecolalia; e) ecopraxia.

Se estima que su causa fundamental es el estrés. Otros factores implicados como causales son: la simulación, el alcoholismo, los traumatismos craneanos, la epilepsia, los accidentes vasculares cerebrales y la infección intracraneana. La mayoría de los pacientes presenta una personalidad comórbida de tipo histriónica o antisocial. El DSM-IV lo clasifica como un trastorno disociativo.

La frecuencia de este trastorno es muy baja internacionalmente. Aproximadamente el 80% de los pacientes afectados es del género masculino y tiende a ser más común en adolescentes o adultos jóvenes, aunque se ha descrito en todos los grupos de edad. Es más probable encontrarlo en ambientes forenses, en circunstancias de marcado estrés psicosocial.

F44.82 Trastorno disociativo (conversión) en la infancia y adolescencia

F44.88 Otro trastorno disociativo (conversión) específico

No se ofrecen Criterios Diagnósticos de Investigación específicos de los trastornos mencionados más arriba, dado que estos estados disociativos son raros y mal conocidos. Los investigadores que deseen estudiar estos trastornos en detalle deberán especificar sus propios criterios en función de los objetivos de su trabajo.

Anotación Latinoamericana

Ver Anotación en F44.4



F44.9 Trastorno disociativo (de conversión) no especificado

F45 Trastornos Somatomorfos

La característica principal es la presentación repetida de síntomas somáticos junto con solicitudes persistentes de exámenes médicos, a pesar de que los hallazgos sean repetidamente negativos y de que los médicos hayan reafirmado que los síntomas no tienen fundamentos físicos. Si es que existen algunos trastornos físicos, éstos no llegan a explicar la naturaleza ni la magnitud de los síntomas ni la aflicción y la preocupación del paciente.

Excluye: Ceceo (F80.8)

Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos (F52.-)

Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otra parte (F54)

Arrancado de cabellos (F98.4)

Lambdacismo (lalación) (F80.0)

Onicofagia (F98.8)

Síndrome de la Tourette (F95.2)

Succión del pulgar (F98.8)

Tics (en la niñez y en la adolescencia) (F95.-)

Trastornos disociativos (F44.-)

Tricotilomanía (F63.3)

F45.0 Trastorno de somatización

Sus principales características son los síntomas físicos múltiples, recurrentes y cambiantes, que duran por lo menos dos años. La mayoría de los pacientes ha tenido una larga y complicada historia de contactos con los servicios de atención médica primaria y especializada, durante la cual pueden haber sido realizados muchos análisis negativos de laboratorio o exploraciones infructuosas. Los síntomas pueden referirse a cualquier parte o sistema corporal. La evolución del trastorno es crónica y fluctuante, y a menudo se asocia con una alteración del comportamiento social, interpersonal y familiar. Las formas sintomáticas de corta duración (de menos de dos años) y menos llamativas deben clasificarse como trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1).

Incluye: Trastorno psicósomático múltiple

Excluye: Simulación consciente [enfermo simulador] (Z76.5)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Antecedentes de al menos dos años de evolución de quejas relativas a síntomas somáticos múltiples y variables, los cuales no pueden ser explicados por trastornos orgánicos objetivables. Cualquiera de los trastornos orgánicos que pudieran estar presentes no explica la gravedad, difusión, variedad y persistencia de las quejas o de la invalidez social consecuente. Si están presentes algunos síntomas claramente debidos a una hiperactividad vegetativa, éstos no llegan a ser una característica destacada del trastorno, en el sentido de que no son especialmente persistentes o molestos.



- B. La preocupación por los síntomas causa un malestar constante y lleva al enfermo a la búsqueda de reiteradas (tres o más) consultas y chequeos, en los dispositivos de asistencia primaria o en los de las diversas especialidades. Si el enfermo no tiene a su alcance servicios médicos (por motivos de accesibilidad o económicos), recurre a la automedicación continuada o a múltiples consultas con curanderos u otro personal paramédico.
- C. Existe un rechazo continuado por parte del sujeto a aceptar las aclaraciones de los médicos de que no existe una causa orgánica que explique los síntomas somáticos, excepto durante o inmediatamente después de los chequeos y por cortos períodos de tiempo, que nunca exceden las pocas semanas.
- D. Presencia de un total de seis o más síntomas de la lista siguiente, los cuales deben pertenecer por lo menos a dos de los grupos:

Síntomas gastrointestinales

- 1) Dolor abdominal.
- 2) Náuseas.
- 3) Sensaciones de plenitud abdominal o de meteorismo.
- 4) Mal sabor de boca o lengua saburral.
- 5) Quejas de vómito o regurgitación de alimentos.
- 6) Quejas de tránsito intestinal rápido o diarreas mucosas o líquidas.

Síntomas cardiovasculares

- 7) Falta de aliento aun sin haber hecho esfuerzos.
- 8) Dolor torácico.

Síntomas urogenitales

- 9) Disuria o quejas de micción frecuente.
- 10) Sensaciones desagradables en o alrededor de los genitales.
- 11) Quejas de flujo vaginal excesivo o desacostumbrado.

Síntomas Cutáneos y dolor

- 12) Quejas de erupciones o decoloración de la piel.
- 13) Dolor en los miembros, extremidades o articulaciones.
- 14) Sensaciones desagradables de falta de tacto o parestesias (quedarse dormido un miembro).

- E. *Criterios de exclusión más frecuentemente usados:* Los síntomas no se presentan en el curso de una esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29), o de cualquiera de los trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) ni son debidos a un trastorno de pánico (ver F41.0).



Anotación Latinoamericana

Este es un trastorno muy frecuente en la población latinoamericana y ha sido descrito en la literatura “occidental” particularmente en poblaciones de Puerto Rico. Estos pacientes imponen con frecuencia una carga financiera de importancia a los sistemas de salud pública por su tendencia a expresar sus conflictos emocionales a través de síntomas somáticos. Los órganos “foco” pueden variar de población en población y los clínicos deben ajustar estos criterios a las características particulares de la población local. Si la fuente básica del trastorno no se identifica y se atiende de acuerdo con las perspectivas de causalidad del paciente, es frecuente que éste se sienta defraudado por el sistema de salud y busque ayuda entre curanderos, chamanes u otros practicantes de medicina alternativa.

F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado

Este diagnóstico debe ser considerado cuando las quejas somatomorfas son múltiples, variadas y persistentes, pero sin llegar a configurar el cuadro clínico característico de la somatización.

Incluye: Trastorno psicósomático indiferenciado

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se satisfacen los criterios A (a excepción de la duración de al menos 6 meses), C y E del trastorno de somatización (F45.0).
- B. Los criterios B y D para el trastorno de somatización (F45.0). se satisfacen de forma incompleta.

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR propone como un criterio de exclusión importante para esta categoría diagnóstica la ausencia de fatiga crónica y persistente como un rasgo dominante del cuadro clínico. El DSM-IV-TR, en cambio, sugiere esta sintomatología como criterio de inclusión y por eso termina incluyendo la Neurastenia (F48.0) de la CIE-10 dentro de esta categoría diagnóstica. Esto puede resultar confuso para los clínicos en América Latina si recurren a ambos manuales de diagnóstico.

F45.2 Trastorno hipocondríaco

Su característica esencial es una preocupación persistente por la posibilidad de sufrir uno o más trastornos físicos graves y progresivos. Los pacientes manifiestan quejas somáticas persistentes o una preocupación mantenida por la propia apariencia física. Las sensaciones y los aspectos normales y corrientes son a menudo interpretados por el paciente como anormales y angustiantes y, habitualmente, enfoca la atención en sólo uno o dos órganos o sistemas corporales. A menudo hay depresión y ansiedad marcadas, que pueden fundamentar diagnósticos adicionales.

Incluye: Dismorfofobia (no delusiva)
Hipocondría



Neurosis hipocondríaca
 Nosofobia
 Trastorno dismórfico corporal

Excluye: Delirios fijos acerca de las funciones o de la forma corporal (F22.-)
 Dismorfofobia delirante (F22.8)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Alguno de los siguientes síntomas debe estar presente:
- 1) Convencimiento persistente, de al menos seis meses de duración, de tener no más de dos enfermedades orgánicas graves (de las cuales por lo menos una debe ser identificada por el enfermo por su nombre).
 - 2) Preocupación persistente por una presumible deformidad o desfiguración (trastorno dismorfofóbico corporal).
- B La preocupación secundaria a este convencimiento y a los síntomas es causa de malestar continuado o invalidez social, y lleva al enfermo a buscar tratamiento médico o pruebas diagnósticas (o ayuda equivalente de los curanderos locales).
- C. Rechazo continuado por parte del sujeto a aceptar las aclaraciones de los médicos sobre que los síntomas carecen de causa somática, excepto durante o inmediatamente después de los chequeos y por cortos períodos de tiempo que no exceden las pocas semanas.
- D. *Criterio de exclusión más frecuentemente usado:* Los síntomas no se presentan sólo durante un trastorno esquizofrénico u otros trastornos relacionados (F20-F29) y no son debidos únicamente a cualquiera de los trastornos del humor (afectivos) (F30-F39).

Anotación Latinoamericana

La división del trastorno dismórfico corporal (dismorfofobia) en dos trastornos (uno delusivo y otro no delusivo) para poder acomodarlos como diagnóstico de inclusión en dos categorías diagnósticas, tal y como propone la CIE-10, ha sido motivo de discusión. Éste, que es un trastorno de considerable importancia clínica en poblaciones latinoamericanas, requiere de una mejor consideración nosológica y taxonómica. El trastorno dismórfico corporal suele ir acompañado de un grado tal de distorsión de los rasgos corporales propios, motivo usual de la consulta, o de un grado tal de discapacidad que con mucha frecuencia adquiere características delusivas. Por la importancia clínica que el diagnóstico adecuado de la magnitud del problema reviste, la GLADP-VR propone que todo paciente que se presente con un cuadro bien fundamentado de trastorno dismórfico corporal sea codificado como parte de **F22.8, Otros trastornos delirantes (delusivos) persistentes (prolongados)**.

F45.3 Disfunción autonómica somatomorfa

El paciente presenta los síntomas como si fueran debidos a un trastorno físico de un sistema o de un órgano, que se halla mayoritaria o totalmente inervado y bajo control por el sistema nervioso autónomo, es decir, los sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratorio y urogenital. Habitualmente los síntomas son de dos



tipos, ninguno de los cuales indica que haya un trastorno físico del órgano o del sistema afectado. En primer lugar, hay quejas que se basan en los signos objetivos de la excitación del sistema nervioso autónomo, tales como palpitaciones, sudoración, rubor, temblor y manifestación de temor y de angustia por la posibilidad de sufrir un trastorno físico. En segundo lugar, hay quejas subjetivas de naturaleza inespecífica o cambiante, sobre dolores transitorios, sensaciones de ardor, pesadez, tirantez y sensación de estar hinchado o distendido, las cuales se refieren a un órgano o sistema específico.

Incluye: Astenia neurocirculatoria

Formas psicógenas de:

- aerofagia
- diarrea
- dispepsia
- disuria
- flatulencia
- hiperventilación
- hipo
- píloro-espasmo
- poliaquiuria
- síndrome de colon irritable
- tos

Neurosis cardiaca

Neurosis gástrica

Síndrome de Da Costa

Excluye: Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otra parte (F54)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Síntomas de hiperactividad vegetativa que el enfermo atribuye a un trastorno orgánico en uno o más de los siguientes sistemas u órganos:
- 1) Corazón y sistema cardiovascular.
 - 2) Tracto gastrointestinal alto.
 - 3) Tracto gastrointestinal bajo.
 - 4) Sistema respiratorio.
 - 5) Sistema urogenital.
- B. Dos o más de los siguientes síntomas vegetativos:
- 1) Palpitaciones.
 - 2) Sudoración (fría o caliente).
 - 3) Sequedad de boca.
 - 4) Sofocos o rubor facial.
 - 5) Malestar epigástrico o (“nervios” en el estómago o estómago revuelto).
- C. Uno o más de los siguientes síntomas:
- 1) Dolor torácico o malestar precordial o en zonas adyacentes.
 - 2) Disnea o hiperventilación.



- 3) Cansancio exagerado tras ejercicio ligero.
 - 4) Aerofagia o hipo o sensaciones de quemazón en el pecho o epigastrio.
 - 5) Quejas de tránsito intestinal rápido.
 - 6) Aumento de la frecuencia de micción (poliaquiuria) o disuria.
 - 7) Sensación de estar hinchado, distendido o con pesadez en los miembros.
- D. No existe evidencia de trastorno de la estructura o función de aquellos órganos o sistemas que preocupan al enfermo.
- E. El trastorno no se presenta acompañando a trastornos fóbicos (F40.0-F40.3) o a un trastorno de pánico (F41.0).

Un quinto dígito permite clasificar los trastornos aislados dentro de este grupo, indicando el órgano o sistema a los que el enfermo atribuye el origen de los síntomas.

- F45.30 Corazón y sistema cardiovascular
(Incluye: neurosis cardíaca, astenia neurocirculatoria, síndrome de Da Costa.)
- F45.31 Tracto gastrointestinal alto
(Incluye: aerofagia psicógena, hipo, neurosis gástrica).
- F45.32 Tracto gastrointestinal bajo
(Incluye: síndrome del colon irritable psicógeno, diarrea psicógena, flatulencia).
- F45.33 Sistema respiratorio
(Incluye: hiperventilación).
- F45.34 Sistema urogenital
(Incluye: aumento psicógeno de la frecuencia de micción y disuria).
- F45.38 Otros órganos o sistemas.

F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo

La queja principal se refiere a un dolor persistente, grave y angustiante, que no puede ser totalmente explicado por un proceso fisiológico, ni por un trastorno físico, y que se produce en asociación con conflictos emocionales o con problemas psicosociales suficientes como para concluir que son los principales factores causales. Habitualmente el resultado es un notorio aumento del apoyo y de la atención, tanto personal como de los médicos. No debe incluirse aquí el dolor que se presume de origen psicógeno y que ocurre durante la evolución de trastornos depresivos o de una esquizofrenia

Incluye: Cefalea psicógena
Dolor de espalda psicógeno
Psicalgia
Trastorno doloroso somatomorfo

Excluye: cefalea debida a tensión (G44.2)
dolor:
• sin especificación (R52.9)
• agudo (R52.0)
• crónico (R52.2)
• crónico intratable (R52.1)
dolor de espalda sin especificación (M54.9)



Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Presencia de dolor continuo (durante seis meses o más, la mayoría de los días), grave y molesto, en cualquier parte del cuerpo, el cual no puede ser explicado de forma adecuada por un proceso fisiológico o un trastorno somático, y que es de forma consistente el foco principal de la atención del enfermo.
- B. *Criterio de exclusión más frecuentemente usado:* No existe una esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29) y no se presenta únicamente durante cualquiera de los trastornos del humor (afectivos) (F30-F39), trastorno de somatización (F45.0), trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1) o trastorno hipocondríaco (F45.2).

F45.8 Otros trastornos somatomorfos

Cualquier otro trastorno de la sensación, de la función y del comportamiento, no debido a trastornos físicos ni en el que intervenga el sistema nervioso autónomo, que se circunscriba a determinados sistemas o partes del cuerpo y que se halle en estrecha asociación temporal con sucesos o problemas estresantes.

Incluye: Disfagia psicógena, incluyendo el “globus hystericus”

Dismenorrea psicógena

Prurito psicógeno

Rechinamiento de dientes (bruxismo)

Tortícolis

Criterios Diagnósticos de Investigación

En estos trastornos los síntomas no están mediados por el sistema nervioso vegetativo y se limitan a sistemas o a partes del cuerpo específicos, como la piel. Esto contrasta con la presencia de quejas frecuentes y cambiantes sobre el origen de los síntomas y del malestar del trastorno de somatización (F45.0) y del trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1). No existe lesión tisular.

Se deben clasificar aquí aquellos trastornos de la sensibilidad carentes de base somática, que estén estrechamente relacionados en el tiempo con problemas o acontecimientos o que dan lugar a un aumento significativo de la atención que recibe el enfermo del médico o de otras personas.

F45.9 Trastorno somatomorfo no especificado

Incluye: Trastorno psicósomático sin especificación

F48 Otros Trastornos Neuróticos

F48.0 Neurastenia

En las formas de presentación de este trastorno inciden las grandes diferencias culturales.

Existen dos tipos, entre los cuales se da una superposición considerable. En un tipo, el rasgo principal es la queja de un aumento de la fatigabilidad después del esfuerzo mental, que se asocia a menudo con cierta disminución en el desempeño



ocupacional y en la eficiencia para cumplir con las tareas cotidianas. La fatigabilidad mental se describe típicamente como una intromisión desagradable de asociaciones y recuerdos distractores, dificultad de concentración y como un pensamiento ineficiente, en general. En el otro tipo, el énfasis está puesto en los sentimientos de debilidad física o del cuerpo y en el agotamiento, posterior al esfuerzo mínimo, que se acompañan de una sensación de dolor muscular y de incapacidad para relajarse. En ambos tipos es frecuente una diversidad de otras sensaciones físicas desagradables, tales como el vértigo, las cefaleas tensionales y las sensaciones de inestabilidad general. Son frecuentes también las preocupaciones por la posible disminución del bienestar mental y físico, la irritabilidad, la anhedonia y grados variables de depresión y ansiedad. El sueño se halla a menudo perturbado en sus fases inicial e intermedia, pero puede haber también una importante hipersomnia.

Incluye: Síndrome de fatiga

Use código adicional si desea identificar la enfermedad física previa.

Excluye: Astenia sin especificación (R53)

Consumición (Z73.0)

Malestar y fatiga (R53)

Psicastenia (F48.8)

Síndrome de fatiga postviral (G93.3)

Criterios Diagnósticos de Investigación

A. Alguna de las siguientes deben estar presentes:

- 1) Continuas y molestas quejas de cansancio físico o mental tras realizar, o al intentar realizar, tareas cotidianas que no requieren un esfuerzo mental extraordinario.
- 2) Continuas y molestas quejas de cansancio y debilidad física (de estar agotado) tras esfuerzos físicos normales o incluso mínimos.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes:

- 1) sensaciones de dolor muscular;
- 2) mareo;
- 3) cefaleas de tensión;
- 4) trastornos del sueño;
- 5) incapacidad para relajarse;
- 6) irritabilidad.

C. El paciente es incapaz de recuperarse del cansancio referido en (1) o (2), tras períodos normales de descanso, relajación o distensión.

D. La duración de este trastorno es de al menos tres meses

E. *Criterio de exclusiones más frecuentes usado.* El trastorno no se presenta en el contexto de labilidad emocional orgánica (F06.6), síndrome postencefálico (F07.1), síndrome postconcusional (F07.2), trastornos del humor (afectivos) (F30 -F39), trastorno de pánico (F41.0) o trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)



Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR propone que aquellos clínicos que deseen formular el diagnóstico de Neurosis neurasténica hagan uso de la frase calificativa “con desarrollo neurótico”. Ejemplos:

F48.0, Neurosis neurasténica.

F48.0, Neurastenia (o Síndrome neurasténico) con desarrollo neurótico.

En la región latinoamericana, entre los síntomas más frecuentemente encontrados se hallan las dificultades sexuales, la distractibilidad y “los fallos de memoria”, así como dolor en la región de la nuca.

En los pacientes en los que el síndrome neurasténico esté claramente asociado a un exceso de estrés, el diagnóstico debiera ser F43.28, Trastorno de adaptación neurasteniforme.

F48.1 Síndrome de despersonalización-desrealización

Trastorno raro en el cual el paciente se queja espontáneamente de cambios cualitativos en su actividad mental, su cuerpo y su entorno, de tal manera que éstos se han tornado irreales, remotos o automatizados. Entre los diversos fenómenos que se presentan, los más frecuentes son las quejas acerca de la pérdida de las emociones y sensaciones de alejamiento y de desvinculación de su pensamiento, de su cuerpo o del entorno. A pesar de la dramática naturaleza de esta experiencia, el paciente esta consciente de que el cambio no es real. El sensorio es normal y se conserva la capacidad de expresión de las emociones. Los síntomas de despersonalización y desvinculación de la realidad pueden darse como parte de un trastorno esquizofrénico, depresivo, fóbico u obsesivo-compulsivo. En estos casos, debe preferirse el diagnóstico del trastorno principal.

Criterios Diagnósticos de Investigación

A. Deben darse 1) o 2):

- 1) Despersonalización: El enfermo se queja de que sus emociones, sentimientos o vivencia de sí mismo son distantes, extraños, ajenos o desagradablemente ausentes o que siente sus emociones o movimientos como si pertenecieran a otra persona, o que se siente como si estuviese actuando en una representación.
- 2) Desrealización: El enfermo se queja de que el entorno u objetos concretos parecen extraños, distorsionados, aplanados, descoloridos, sin vida, monótonos, aburridos o como en un escenario en el cual todo el mundo representara algo.

B. No hay pérdida de la introspección, en el sentido de que el enfermo se da cuenta de que el cambio tiene lugar en sí mismo y no es impuesto desde el exterior por otras personas o fuerzas.

F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados

Incluye: Neurosis ocupacional, incluyendo el calambre del escritor
Neurosis psicasténica



Psicastenia
Síncope psicógeno
Síndrome de Dhat
Trastorno de Briquet

Criterios Diagnósticos de Investigación

En esta categoría se incluyen trastornos del comportamiento, creencias y emociones que son de etiología y nosología no claras, que se presentan en ciertas culturas con especial frecuencia, tales como el síndrome de Dhat (preocupaciones no fundamentadas sobre los efectos debilitantes de la pérdida de semen), el síndrome de Koro (miedo a que el pene se invagine dentro del abdomen y cause la muerte) y Latah (respuestas comportamentales miméticas y automáticas). La relación de estos síndromes con creencias aceptadas en culturas concretas de determinados lugares y el propio comportamiento sugieren que no deban ser considerados como delirantes (delusivos) (Ver Capítulo de Síndromes culturales).

F48.9 Trastorno neurótico no especificado

Incluye: Neurosis sin especificación



SÍNDROMES DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS CON ALTERACIONES FISIOLÓGICAS Y FACTORES FÍSICOS (F50-F59)

Índice de esta Sección

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F50	Trastornos de la Conducta Alimentaria	245
F50.0	Anorexia nerviosa	245
F50.1	Anorexia nerviosa atípica	247
F50.2	Bulimia nerviosa	247
F50.3	Bulimia nerviosa atípica	248
F50.4	Hiperfagia asociada con otras alteraciones psicológicas	248
F50.5	Vómitos asociados con otras alteraciones psicológicas	248
F50.8	Otros trastornos de la conducta alimentaria	249
F50.9	Trastorno de la conducta alimentaria no especificado	249
F51	Trastornos no Orgánicos del Sueño	249
F51.0	Insomnio no orgánico	249
F51.1	Hipersomnio no orgánico	250
F51.2	Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia	251
F51.3	Sonambulismo	251
F51.4	Terrores del sueño (terrores nocturnos)	252
F51.5	Pesadillas	253
F51.8	Otros trastornos no orgánicos del sueño	253
F51.9	Trastorno no orgánico del sueño no especificado	253
F52	Disfunción Sexual, no Ocasionada por Trastorno ni Enfermedad Orgánicos	254
F52.0	Falta o pérdida del deseo sexual	254
F52.1	Aversión al sexo y falta de goce sexual	255
	.10 Rechazo sexual	255
	.11 Ausencia de placer sexual	256
F52.2	Falla de la respuesta genital	256
F52.3	Disfunción orgásmica	257
F52.4	Eyaculación precoz	258
F52.5	Vaginismo no orgánico	258
F52.6	Dispareunia no orgánica	259
F52.7	Impulso sexual excesivo	260
F52.8	Otras disfunciones sexuales no ocasionadas por trastorno ni por enfermedad orgánicos	260
F52.9	Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni por enfermedad orgánicos, no especificada	260



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F53	Trastornos Mentales y del Comportamiento Asociados con el Puerperio no Clasificados en Otra Parte	260
F53.0	Trastornos mentales y del comportamiento leves, asociados con el puerperio no clasificados en otra parte	261
F53.1	Trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el puerperio no clasificados en otra parte	261
F53.8	Otros trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio no clasificados en otra parte	261
F53.9	Trastorno mental puerperal no especificado	261
F54	Factores Psicológicos y del Comportamiento Asociados con Trastornos o con Enfermedades Clasificadas en Otra Parte	261
F55	Abuso de Sustancias que no Producen Dependencia	263
F55.0	Antidepresivos	264
F55.1	Laxantes	264
F55.2	Analgésicos	264
F55.3	Antiácidos	264
F55.4	Vitaminas	264
F55.5	Hormonas o sustancias esteroides	264
F55.6	Hierbas o remedios populares	264
F55.8	Otra sustancia	264
F55.9	Sustancia no especificada	264
F59	Síndromes del Comportamiento Asociados con Alteraciones Fisiológicas y Factores Físicos no Especificados	264



INTRODUCCIÓN A LA SECCIÓN

Anotación Latinoamericana

Esta Sección incluye trastornos que usualmente tienen su expresión en manifestaciones somáticas o en la alteración de funciones y hábitos críticos para la supervivencia del ser humano y la especie como un todo, tales como la alimentación, el sueño y la función sexual. Incluye una categoría central en la interfase entre la salud mental y la salud física, F54, utilizada para denotar aquellas circunstancias en que, presentando el paciente claros síntomas y signos de enfermedad somática, la evaluación clínica comprensiva permite concluir que los factores psicológicos y contextuales del paciente juegan un papel importante en su causalidad, en su manifestación o en su curso. Puesto que la evidencia claramente demuestra que la atención a los factores psicológicos implicados en la enfermedad física mejoran considerablemente su pronóstico, esta categoría diagnóstica es de importancia particular para ofrecer al paciente un enfoque terapéutico más completo y más efectivo, no sólo para recuperar su salud, sino también para evitar complicaciones mayores y para promover una mejor calidad de vida.

F50 Trastornos de la Conducta Alimentaria

- Exclude:** Anorexia sin especificación (R63.0)
Dificultades y mala administración de la alimentación (R63.3)
Polifagia (R63.2)
Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia y la niñez (F98.2)

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR propone que esta categoría general de 3 caracteres incluya todos los trastornos alimentarios de clara base psicógena, con las excepciones previamente apuntadas. Por eso, es recomendable denominarla Trastorno psicógeno de la conducta alimentaria, para diferenciarla de otros trastornos alimentarios de base física y que conciernen a especialidades médicas no psiquiátricas.

F50.0 Anorexia nerviosa

Es un trastorno caracterizado por pérdida de peso intencional, inducida y mantenida por el paciente. Se presenta habitualmente en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque puede afectar también a muchachos adolescentes y a hombres jóvenes, al igual que a niños que se acercan a la pubertad y a mujeres mayores, hasta la menopausia. El trastorno se asocia con una psicopatología específica en la cual se mantiene, como idea recurrente y sobrevalorada, un temor a la obesidad y a la flaccidez de la silueta corporal, por lo que el paciente se autoimpone un umbral inapropiadamente bajo de peso corporal. Habitualmente hay desnutrición de gravedad variable, con alteraciones endocrinas y metabólicas secundarias y con perturbaciones de las funciones corporales. Entre los síntomas se cuentan la elección



de una dieta restringida, el ejercicio excesivo, el vómito y las purgas inducidas, así como el uso de anorexígenos y diuréticos.

Excluye: Pérdida del apetito (R63.0)

Pérdida del apetito de origen psicógeno (F50.8)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Pérdida de peso, o falta de ganancia de peso en los niños, que conduce a un peso corporal de al menos 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y talla correspondiente.
- B. La pérdida de peso es autoinducida mediante la evitación de alimentos “que engordan”.
- C. Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que el paciente se impone un umbral bajo de peso corporal.
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenales puesto de manifiesto en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, la forma más frecuente de la cual es la toma de píldoras contraceptivas).
- E. No cumple los criterios A y B de bulimia nerviosa (F50.2).

Anotación Latinoamericana

Este diagnóstico evoluciona a lo largo del tiempo mostrando un patrón de conducta restrictiva a veces exitosa (desde el punto de vista de lograr delgadez), a veces no exitosa para el paciente. Incluye momentos o períodos u ocasiones de atracones (la definición se puede encontrar en el DSM IV). Los cuadros pueden tener “virajes” debido a cambios psíquicos, aspectos contextuales o sociales, migraciones, cambios laborales, competencia desmedida, entrenamiento físico desmedido, constitución de pareja estable, nacimiento de hijos, duelos y otros. Puede mostrar viraje hacia otras formas de trastorno de la conducta alimentaria (TCA) u otra patología, a veces subyacente. Algunos tratamientos fuerzan comportamientos en los pacientes y llevan la evolución hacia un viraje bulímico. Evolución hacia la obesidad en la adultez. Es importante ver en estos pacientes el núcleo psicopatológico y no sólo ajustarse a una descripción superficial de síntomas que, si bien nos muestran un síndrome, no sería correcto tomarlos en forma aislada. Algunas formas clínicas crónicas de larga evolución de anorexia nerviosa, en cualquiera de los subtipos, van a síndromes depresivos con participación más modesta del TCA en la adultez, conservando rituales y bajo peso compatible con funciones fisiológicas. Algunos casos viran entre conductas del tipo TCA a cuadros de abusos de sustancias o franca dependencia de sustancias de abuso, medicamentosas o ilegales (Almenara, 2003; Behar, de la Barrera & Michelotti, 2003; Bertera, Fraise & Saba, 1995; Cordás, 2004; Onofrio, 2006, 2009).



F50.1 Anorexia nerviosa atípica

Trastorno que reúne algunas de las características de la anorexia nerviosa pero en el cual el cuadro clínico general no justifica ese diagnóstico. Por ejemplo, uno de los síntomas claves, tal como el marcado miedo a la obesidad o la amenorrea, puede estar ausente, en presencia de una pérdida considerable de peso y un comportamiento encaminado hacia la misma. Este diagnóstico no debe hacerse en presencia de trastornos físicos conocidos asociados con pérdida de peso.

Criterios Diagnósticos de Investigación

Se recomienda a los investigadores de las formas atípicas de anorexia y bulimia nerviosa que decidan el número y tipo de criterios a satisfacer por dichos trastornos.

F50.2 Bulimia nerviosa

Un síndrome que se caracteriza por accesos repetitivos de hiperingestión de alimentos y por una preocupación excesiva por el control del peso corporal, que lleva al paciente a practicar una hiperingestión alimentaria seguida de vómitos y uso de purgantes. Este trastorno comparte muchas características comunes con la anorexia nerviosa, incluido el excesivo interés en la apariencia personal y el peso. El vómito repetitivo puede dar origen a trastornos electrolíticos y a complicaciones físicas. A menudo, pero no siempre, hay antecedentes de un episodio anterior de anorexia nerviosa, con un intervalo que varía de pocos meses a varios años.

Incluye: Bulimia sin especificación
Hiperorexia nerviosa

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Episodios frecuentes de hiperfagia (no menos de dos veces a la semana durante un período de 3 meses) en los que el paciente consume grandes cantidades de alimentos en períodos prolongados de tiempo.
- B. Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer.
- C. El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso mediante uno o más de los síntomas siguientes:
 - 1) vómito auto-provocado;
 - 2) abuso de laxantes;
 - 3) períodos de ayuno;
 - 4) consumo de fármacos tales como supresores del apetito (anorexígenos), extractos tiroideos o diuréticos. Si la bulimia se presenta en un enfermo diabético, este puede abandonar su tratamiento con insulina.
- D. Autopercepción de estar demasiado obeso junto a ideas intrusivas de obesidad (que a menudo conducen a un déficit de peso).



Anotación Latinoamericana

En nuestro medio, llamamos a su síntoma nuclear más comúnmente “atracción” que hiperfagia. Se describen dos formas: la purgativa, que conduce o convive con trastornos de tipo impulsivo que presentan los pacientes; y la no purgativa, que conduce a síndrome médico de obesidad, habitualmente, por fracaso de ayunos posteriores compensatorios. Se trataría de un paciente obeso altamente influido emocionalmente por el peso corporal. Pacientes que tendrían contraindicación relativa de cirugía bariátrica. De esto último se desprende la importancia de la disquisición diagnóstica (Moreno, 2003).

F50.3 Bulimia nerviosa atípica

Trastorno que reúne alguna de las características de la bulimia nerviosa pero en el cual el cuadro clínico general no justifica ese diagnóstico. Por ejemplo, pueden presentarse accesos repetitivos de hiperingestión de alimentos y uso excesivo de purgantes sin cambios significativos del peso, y puede no existir el típico excesivo interés por la apariencia corporal y el peso.

Criterios Diagnósticos de Investigación

Para el estudio de las formas atípicas de bulimia nerviosa, como aquellas que se acompañan de un peso anormal o excesivo, se recomienda a los investigadores que decidan el número y tipo de criterios que se deben cumplir.

Ver F50.1 Anorexia nerviosa atípica.

F50.4 Hiperfagia asociada con otras alteraciones psicológicas

Hiperingestión de alimentos debida a acontecimientos angustiantes, tales como duelos, accidentes, nacimientos, etc.

Incluye: Hiperfagia psicógena.

Excluye: Obesidad (E66.-)

Criterios Diagnósticos de Investigación

Los investigadores que quieren recurrir a esta categoría deben definir sus propios criterios.

Anotación Latinoamericana

A pesar de que se excluye obesidad, esta es muchas veces consecuencia del trastorno de la conducta alimentaria de pacientes que tienen bulimia no purgativa o atracones, que no reúnen los criterios diagnósticos de Bulimia nerviosa. Se incluirían personas con hábitos de hiperfagia por aspectos sociales o decisión personal. También se incluirían pacientes que por factores psicológicos no cuidan su salud y, por ende comen sin límites.

F50.5 Vómitos asociados con otras alteraciones psicológicas

Vómito repetido que tiene lugar en los trastornos disociativos (F44.-) o hipocondríacos (F45.2), y que no se deben exclusivamente a afecciones clasificadas



fuera de este capítulo. También puede usarse este código además de O21.- (vómitos excesivos en el embarazo) cuando predominan factores emocionales en la causa de náusea recurrente y vómitos en el embarazo.

Incluye: Vómito psicógeno

Excluye: Náusea (R11)
Vómito sin especificación (R11)

Criterios Diagnósticos de Investigación

Los investigadores que quieren recurrir a esta categoría deben definir sus propios criterios.

F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria

Incluye: Pérdida de origen psicógeno del apetito
Pica en adultos

Excluye: Pica de la infancia y la niñez (F98.3)

Anotación Latinoamericana

Se debe tomar en cuenta el diagnóstico diferencial con pacientes (sobre todo mujeres adultas) que en procesos depresivos vitales no desean ingerir alimentos y están profundamente deprimidas, pero no expresan su tristeza sino bajo la forma de desinterés en varios aspectos de su vida: alimentación, sueño, sexo, relaciones sociales, trabajo y otros.

F50.9 Trastorno en la conducta alimentaria no especificado

F51 Trastornos no Orgánicos del Sueño

En muchos casos, un trastorno del sueño es uno de los síntomas de otra afección, tanto física, como mental. Si un trastorno del sueño en un paciente dado es una afección independiente o es simplemente uno de los síntomas de una enfermedad clasificada en este capítulo o en otro, se determina basándose en su forma y evolución clínicas, así como también tomando en cuenta las consideraciones y prioridades terapéuticas en el momento de la consulta. Por lo general, si el trastorno del sueño es una de las quejas principales y es percibido como una afección en sí, este código debe ser utilizado en conjunto con los demás diagnósticos correspondientes, que describen la psicopatología y la fisiopatología implicadas en cada caso. Esta categoría incluye sólo aquellos trastornos del sueño en los que se considera que los factores primarios son las causas emocionales y que no se deben a afecciones físicas identificables clasificadas en otra parte.

Excluye: Trastornos del sueño de origen orgánico (G47.-)

F51.0 Insomnio no orgánico

Afección que se caracteriza por una cantidad o una calidad insatisfactoria del sueño, que persiste por un período considerable. Comprende dificultades para la



conciliación del sueño y para mantenerse dormido, así como un despertar precoz en la fase final del sueño. Es un síntoma habitual de muchas afecciones mentales y físicas, y debe ser clasificado aquí, además del trastorno de base, sólo si es lo que predomina en el cuadro clínico.

Excluye: Insomnio de origen orgánico (p. ej., G47.0)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Las quejas de trastorno del sueño se manifiestan en forma de dificultad para conciliarlo o para mantenerlo, o bien de sueño poco reparador.
- B. Las quejas de trastorno del sueño se presentan por lo menos tres veces por semana durante por lo menos un mes.
- C. La no satisfactoria cantidad o calidad del sueño es causa de marcado malestar o interfiere con las actividades sociales y laborales.
- D. Ausencia de causa orgánica conocida, ya sea de tipo neurológico, médico o por consumo de medicamentos o de sustancias psicoactivas.

F.51.1 Hipersomnio no orgánico

El hipersomnio se define como un trastorno caracterizado, bien por somnolencia excesiva durante el día y por accesos de sueño (no atribuibles a una cantidad inadecuada de sueño), o bien por transiciones prolongadas al estado de vigilia completa, al despertar. En ausencia de un factor orgánico que explique el hipersomnio, éste se asocia habitualmente con trastornos mentales.

Excluye: Hipersomnio de origen orgánico (G47.1)
Narcolepsia (G47.4)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Queja de excesiva somnolencia diurna o ataques de sueño no debidos a una cantidad insuficiente de sueño o transición prolongada desde el momento del despertar al estado de vigilia completo. (Borrachera de sueño).
- B. El trastorno del sueño se presenta diariamente durante más de un mes o durante períodos más cortos pero de forma recurrente, y es causa de marcado malestar o bien interfiere con las actividades sociales o laborales.
- C. Ausencia de síntomas secundarios de narcolepsia (catapleja, parálisis del sueño, alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas) o de evidencia clínica de apnea del sueño (apneas nocturnas, ronquidos intermitentes típicos, etc.).
- D. Ausencia de cualquier enfermedad interna o neurológica a la que poder atribuir la somnolencia diurna.

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR interpreta el criterio D como “el hipersomnio no se explica por la presencia de una enfermedad médica no psiquiátrica codificable en otra parte de la CIE-10”. Advierte, además, que éste no se debe a una clara mala higiene del sueño ni a agotamiento físico o mental.



F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia

Falta de sincronía entre el ciclo sueño-vigilia y el ciclo apropiado para el entorno individual, que da lugar a quejas de insomnio o de hipersomnio.

Incluye: Inversión psicógena del ritmo:

- circadiano
- del sueño
- nictameral

Excluye: Trastornos orgánicos del ritmo nictameral (ver G47.2)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- El ciclo de sueño-vigilia del sujeto está desincronizado respecto a lo deseable, de acuerdo con las costumbres sociales y al compartido por la mayoría de individuos de su entorno.
- Como consecuencia, el individuo padece insomnio durante el período en que los demás duermen e hipersomnia durante el tiempo en que los demás están despiertos, con una frecuencia casi diaria durante por lo menos un mes o de forma recurrente si el período de tiempo es menor.
- La no satisfactoria cantidad, calidad y ritmo de sueño es causa de profundo malestar o bien interfiere con las actividades sociales o laborales.
- Ausencia de causa orgánica de tipo neurológico, médico o tóxico.

F51.3 Sonambulismo

Estado de conciencia alterada, en el que se combinan fenómenos del sueño y de la vigilia. Durante el episodio de sonambulismo, la persona se levanta de la cama, habitualmente durante el primer tercio del sueño nocturno y sale a los alrededores, mostrando bajos niveles de conciencia, de reactividad y de habilidad motriz. Después del despertar, es habitual que no haya memoria del acontecimiento.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- El síntoma predominante consiste en episodios reiterados durante los cuales el enfermo se levanta de la cama estando dormido y camina durante varios minutos, pero nunca más allá de una media hora. Los episodios tienen lugar por lo general durante el primer tercio del sueño nocturno.
- Durante el episodio, el individuo tiene la facies inexpresiva, la mirada fija, una relativa falta de respuesta a los intentos de los demás para sacarlo de ese estado o para comunicarse con él, y sólo puede despertarse con considerable esfuerzo.
- Al despertar (del episodio de sonambulismo o a la mañana siguiente) el individuo no recuerda el episodio.
- Al cabo de unos minutos del despertar del episodio no existen trastornos de la actividad mental o del comportamiento, aunque puede presentarse inicialmente un corto periodo de confusión y desorientación.
- Ausencia de un trastorno mental orgánico, como demencia, o de un trastorno somático, como epilepsia.



Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR interpreta el criterio E como “el sonambulismo no puede ser mejor explicado por la presencia de un trastorno mental más amplio (por ejemplo demencia) o de carácter somático (por ejemplo epilepsia)”.

F51.4 Terrores del sueño (terrores nocturnos)

Son episodios nocturnos de terror extremo y de pánico, asociados con vocalización intensa, motilidad y altos niveles de descarga autonómica. El paciente se sienta o se levanta, generalmente durante el primer tercio del sueño nocturno, con gritos de pánico. Muy a menudo se precipita hacia la puerta, como tratando de escapar, aunque rara vez abandona la habitación. La memoria del acontecimiento, si la hay, es muy limitada (generalmente, una o dos imágenes mentales fragmentarias).

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. El síntoma predominante consiste en episodios reiterados (dos o más) de despertar, que comienzan con un grito de terror y se caracterizan por intensa ansiedad, agitación corporal e hiperactividad vegetativa en forma de taquicardia, taquipnea y sudoración profusa.
- B. Los episodios ocurren principalmente durante el primer tercio del sueño nocturno.
- C. La duración del episodio es menor de 10 minutos.
- D. Falta de respuesta relativa y casi constante a los intentos de los demás para modificar el episodio. Dichos intentos se siguen casi siempre durante unos minutos de desorientación y movimientos motores repetitivos.
- E. Los recuerdos del acontecimiento son poco precisos (en general una o dos imágenes fragmentarias) o nulos.
- F. Ausencia de una causa orgánica de tipo neurológico, médico o tóxico que pueda explicar mejor la sintomatología.

Anotación Latinoamericana

En ocasiones, especialmente cuando este trastorno ocurre en adultos, la conducta del individuo afectado puede conducir a lesiones graves, tanto de sí mismo como de aquellos que duermen cerca o que intentan despertarlo o consolarlo. Este riesgo no debe minimizarse y aconseja el diagnóstico temprano y correcto del trastorno.

Por su similitud sintomática, pero por sus diferencias polisomnográficas, que pueden sugerir diferencias terapéuticas importantes, se hace necesario discriminar entre este trastorno y el llamado “trastorno de conducta de sueño MOR (movimientos oculares rápidos)”. Ambos trastornos pueden presentarse con manifestaciones de angustia intensa y actividad motriz violenta que pueden poner al paciente o a otros en riesgo de lesión física. El trastorno de conducta de sueño MOR, sin embargo, se acompaña del reporte de sueños muy vívidos que suelen ser consistentes con la actividad motriz del episodio, y el paciente es más susceptible de ser reconfortado y de despertarse más inmediata y completamente ante el esfuerzo de otros. Allí donde se dispone de la tecnología adecuada, un estudio polisomnográfico puede permitir el diagnóstico diferencial.



F51.5 Pesadillas

Son experiencias oníricas cargadas de ansiedad o de miedo, con un recuerdo muy detallado del contenido del sueño. Esta experiencia onírica es muy vívida e incluye generalmente temas que implican amenazas para la supervivencia, para la seguridad o para la autoestima del paciente. Muy a menudo hay recurrencia de los mismos temas pavorosos de la pesadilla o de temas similares. Durante un episodio típico se da cierto grado de descarga autonómica, pero las vocalizaciones o la motilidad corporal no son características distintivas del trastorno. Cuando éstas se presentan, típicamente son poco estructuradas e incoherentes y suelen presentarse al final del evento. Una vez despierta, la persona llega rápidamente a estar alerta y bien orientada.

Incluye: Trastornos de ansiedad del sueño

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Despertar del sueño nocturno o de la siesta con recuerdo detallado y vívido de sueños extremadamente terroríficos, relacionados normalmente con amenazas a la supervivencia, a la seguridad o a la estimación de sí mismo. El despertar puede tener lugar en cualquier momento del sueño pero suele suceder durante la segunda mitad de la noche.
- B. Al despertar del sueño de terror, el individuo pasa rápidamente a estar orientado y vigil.
- C. Tanto la experiencia en sí misma como el trastorno de sueño resultante del despertar que acompaña al episodio producen significativo malestar al individuo.
- D. Ausencia de causa orgánica de tipo médico, neurológico o tóxico.

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR interpreta el criterio D como “las pesadillas no pueden ser mejor explicadas por la presencia de un trastorno mental más amplio, como F43.1, Trastorno de estrés postraumático, ni por el consumo de sustancias psicoactivas.”

F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño, especificados

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR sugiere codificar aquí el Trastorno de conducta del sueño MOR, un trastorno clínicamente parecido al terror del sueño, pero que puede diferenciarse de aquel por la mayor susceptibilidad del individuo a recordar el contenido de sus sueños en el momento de ser despertado y por una mayor facilidad para ser consolado y despertado durante el episodio. Contrario al terror del sueño, el trastorno de conducta del sueño MOR ocurre durante el período de movimientos oculares rápidos del sueño. Cuando se dispone de ello, un estudio polisomnográfico puede permitir el diagnóstico diferencial adecuado.

F51.9 Trastorno no orgánico del sueño no especificado

Incluye: Trastorno emocional del sueño sin especificación



F52 Disfunción Sexual no Ocasionada por Trastorno ni Enfermedad Orgánicos

La disfunción sexual abarca las diversas maneras por las cuales una persona es incapaz de participar en una relación sexual como lo hubiera deseado. La respuesta sexual es un proceso psicossomático, y tanto el aspecto psicológico como el somático están implicados en la generación de la disfunción sexual.

Excluye: Síndrome de Dhat (F48.8)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- G1. El individuo es incapaz de participar en una relación sexual, tal y como sería su deseo.
- G2. La disfunción se presenta frecuentemente, pero puede no ocurrir en algunas ocasiones.
- G3. La disfunción ha estado presente más de seis meses.
- G4. El trastorno no puede ser atribuido en su totalidad a otro trastorno mental no orgánico de la CIE-10. Tampoco es consecuencia de otro trastorno mental orgánico o endocrinológico, ni secundario a tratamientos farmacológicos o a otros factores orgánicos.

Anotación Latinoamericana

Respecto de la definición general de disfunción sexual, la GLADP-VR propone que la respuesta sexual es un proceso psicofisiológico más que psicossomático. Este manual sugiere también que el criterio G1 de investigación sea interpretado tomando en cuenta que el concepto de la incapacidad del individuo de participar en una relación sexual obedece a diversas variables y que los factores socioculturales establecen la norma. El criterio más actualizado prima el concepto de satisfacción sexual, el cual es estrictamente personal y puede variar según diversas circunstancias, tales como las condiciones ambientales, el tiempo del día y la condición física y psicológica de la pareja. Se recomienda tomar en cuenta, al formular estos diagnósticos, que el concepto de salud sexual, definido en 1974 por la Organización Mundial de la Salud, se encuentra actualmente en revisión por la Organización Panamericana de la Salud, la Asociación Mundial de Sexualidad y la Asociación Mundial de Psiquiatría.

Respecto del criterio G2 se recomienda que el concepto de “frecuentemente” sea interpretado tomando en cuenta que las disfunciones sexuales pueden presentarse de muy diversas maneras en tiempo y frecuencia. Generalmente, puede establecerse una línea continua que comienza de manera lenta y progresiva, en un extremo, hasta el comienzo brusco y súbito, que generalmente es consecuencia de un episodio traumático, en el otro.

F52.0 Falta o pérdida del deseo sexual

La pérdida del deseo sexual es el problema principal y no es secundaria a otras dificultades sexuales, como la falta de erección o la dispareunia.



Incluye: Frigidez

Trastorno hipoactivo del deseo sexual

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Deben satisfacerse los criterios generales de la disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos (F52).
- B. Ausencia o pérdida del deseo sexual, puesta de manifiesto por la disminución de la búsqueda de estímulos de contenido sexual, o de pensamientos sexuales acompañados de sentimientos de deseo y de apetito sexual, o de fantasías sexuales.
- C. Falta de interés en iniciar actividades sexuales ya sea con una pareja o mediante masturbación solitaria, con una frecuencia clínicamente inferior a lo esperado por la edad y el contexto correspondiente o claramente inferior a etapas anteriores del paciente.

Anotación Latinoamericana

Debido a que, como ocurre con muchos términos técnicos, el de frigidez ha alcanzado una connotación peyorativa, la GLADP-VR sugiere sustituirlo por el de disfunción orgásmica, la cual puede ser general o situacional. Sin embargo, por lo generalizado de su uso, se ha preservado aquí como término de inclusión.

En relación con el criterio C, debe anotarse que la técnica de la masturbación no necesariamente es solitaria, y que en muchas ocasiones la pareja la utiliza como una técnica pre y post coital. Los criterios de frecuencia en relación a la edad son individuales y deben ser objeto de estudios clínicos bien diseñados, a fin de establecer criterios válidos y confiables. En América Latina son de particular importancia los mitos y falsas creencias relacionados con la edad y la sexualidad (andropausia y menopausia).

F52.1 Aversión al sexo y falta de placer sexual

La perspectiva de la relación sexual produce suficiente miedo o ansiedad, como para evitar la actividad sexual (aversión al sexo), o bien, la respuesta sexual ocurre normalmente y se experimenta el orgasmo, pero hay falta de placer apropiado (falta de goce sexual). Presenta dos variantes que se distinguen con un 5º carácter: F52.10, Rechazo [aversión] sexual y F52.11, Ausencia de placer [anhedonia] sexual.

Incluye: Anhedonia sexual

F52.10 Rechazo (aversión) sexual

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Deben satisfacerse los criterios generales de F52.
- B. La perspectiva de una relación sexual con una pareja provoca tal miedo o ansiedad que la actividad sexual es evitada o, si ésta tiene lugar, se acompaña de fuertes sentimientos negativos e incapacidad para sentir cualquier placer.
- C. El trastorno no es debido a ansiedad relacionada con la actuación (reacción al fracaso previo de la respuesta sexual).



Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR sugiere emplear el término “Aversión sexual” en sustitución del de Rechazo sexual. Aunque la GLADP-VR mantiene la organización taxonómica propuesta por la CIE-10, advierte que el rechazo sexual presenta importantes diferencias con la aversión sexual previamente descrita. En la práctica clínica la aversión es total, independientemente de la persona o circunstancias, y por lo tanto abriga una clara connotación mórbida; en cambio, el rechazo tiende a ser circunstancial y a manifestarse como expresión de condiciones específicas que lo explican y lo convierten en una respuesta normal y comprensible del individuo que lo experimenta. El rechazo tiene fuerte asociación con la discordia marital y puede ser transitorio. Si se desea, puede indicarse esta diferencia, agregando al final el término “Generalizado” o “Situacional”. Por otro lado, la aversión sexual puede enmascarse mediante la focalización de tal aversión en aspectos específicos del contacto sexual, tales como las secreciones genitales o la penetración, lo que exige una cuidadosa anamnesis para establecer el carácter generalizado del trastorno.

F52.11 Ausencia de placer (anhedonia) sexual**Criterios Diagnósticos de Investigación**

- A. Deben satisfacerse los criterios generales de F52.
- B. La respuesta genital (orgasmo o eyaculación) tiene lugar durante la estimulación, pero no se acompañan de sensaciones placenteras o sentimientos agradables de excitación.
- C. Ausencia de miedo o ansiedad manifiesta y persistente durante la actividad sexual (ver F52.10 aversión sexual).

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR propone emplear el término “Anhedonia sexual” en sustitución del de “Ausencia de placer sexual”.

F52.2 Falla de la respuesta genital

El problema principal en los hombres es la disfunción eréctil (dificultad para iniciar o mantener una erección adecuada para una relación sexual satisfactoria). En las mujeres, es la sequedad vaginal o la falla de la lubricación.

Incluye: Impotencia psicógena
 Trastorno de la erección masculina
 Trastorno de la estimulación sexual femenina
 Disfunción eréctil

Excluye: Impotencia de origen orgánico (N48.4)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Deben satisfacerse los criterios generales de F52.



En el caso del varón, además:

- B. Fracaso en lograr y mantener una erección suficiente al intentar la penetración vaginal.

La disfunción se manifiesta como uno de los síntomas siguientes:

- 1) La erección completa se consigue durante el período precoital, pero desaparece o disminuye al intentar la penetración (y antes de que tenga lugar la eyaculación).
- 2) Se consigue erección, pero únicamente cuando no se intenta la penetración.
- 3) Se consigue una erección parcial, no completa, insuficiente para la penetración.
- 4) No se consigue ninguna tumescencia peneana.

En el caso de la mujer:

- B. Fracaso de la respuesta genital, manifestado como fracaso en la lubricación vaginal e inadecuada intumescencia de los labios mayores.

La disfunción se manifiesta de alguna de las formas siguientes:

- 1) La lubricación fracasa en cualquier circunstancia ("primaria").
- 2) Se presenta lubricación en los estadios iniciales que no persiste durante el tiempo necesario para permitir una penetración cómoda.
- 3) La lubricación tiene lugar en alguna situación concreta (por ejemplo, con una pareja y no con otra, o durante la masturbación o cuando no se prevé penetración) ("situacional").

Anotación Latinoamericana

Este manual sugiere que el término "impotencia" ha adquirido con su uso un carácter peyorativo y recomienda que se le sustituya por el de disfunción eréctil, tanto si se trata de una disfunción eréctil psicógena como de una de origen orgánico. Debe considerarse también la posibilidad de una disfunción eréctil mixta, en la que hay presencia de varios tipos de factores, tanto orgánicos como psicógenos. Sin embargo, para formular el diagnóstico de falla de la respuesta genital, de acuerdo con los criterios de la GLADP-VR, el trastorno no se explica mejor por la presencia de claros factores orgánicos. Por ejemplo, la falta de lubricación en la mujer no se explica mejor por alteraciones hormonales propias de la menopausia u otro trastorno orgánico que involucre el aparato genital.

F52.3 Disfunción orgásmica

El orgasmo no ocurre, o se retarda notablemente durante la actividad sexual, por lo demás normal.

Incluye: Anorgasmia psicógena
Orgasmo inhibido (femenino) (masculino)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Deben satisfacerse los criterios generales de F52.



B. Por lo menos uno de los siguientes criterios es aplicable a la disfunción:

- 1) Nunca ha llegado a tenerse un orgasmo (“primaria”).
- 2) La disfunción orgásmica ha aparecido tras un período de respuesta relativamente normal (“secundaria”).

La disfunción orgásmica secundaria puede dividirse en:

a) General: La disfunción orgásmica se presenta en todos los casos y con cualquier pareja.

b) Situacional:

Para las mujeres: el orgasmo tiene lugar en determinadas situaciones (por ejemplo, con la masturbación o con determinada pareja).

En el caso del varón, se presenta uno de los síntomas siguientes:

b1 sólo durante el sueño y nunca estando despierto.

b2 nunca en presencia de la pareja.

b3 en presencia de la pareja pero no dentro de la vagina.

F52.4 Eyaculación precoz

Es la incapacidad para controlar la eyaculación en grado suficiente como para que ambos miembros de la pareja disfruten de la relación sexual.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Deben satisfacerse los criterios generales de F52.
- B. Incapacidad para retrasar la eyaculación de forma suficiente para disfrutar del acto sexual, puesta de manifiesto por:
 - 1) Eyaculación antes o inmediatamente después de la penetración vaginal (si se requiere un límite de tiempo: antes de quince segundos tras la penetración).
 - 2) Eyaculación en ausencia de erección suficiente para permitir la penetración.
- C. Ausencia de hiperexcitabilidad debida a abstinencia de actividad sexual.

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR interpreta el criterio B.1 como “presencia de una marcada dificultad para ejercer un control satisfactorio sobre el reflejo eyaculatorio, que provoca malestar y que impide el placer sexual del individuo, de su pareja o ambos”.

F52.5 Vaginismo no orgánico

Espasmo de los músculos del piso pélvico que rodean el tercio externo de la vagina, que produce oclusión de la abertura vaginal. La penetración del pene se torna imposible, o es muy dolorosa.

Incluye: Vaginismo psicógeno

Excluye: Vaginismo (orgánico) (N94.2)



Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se satisfacen los criterios generales de F52.
- B. Espasmo en la musculatura perivaginal suficiente como para impedir la penetración o hacerla incómoda.

El trastorno toma una de las siguientes modalidades:

- 1) Vaginismo “primario”: la paciente nunca ha experimentado una respuesta satisfactoria.
- 2) Vaginismo “secundario”: se presenta tras un período de respuesta sexual satisfactoria. En estos casos puede ocurrir que:
 - a) Si no se intenta la penetración, la paciente puede exhibir una respuesta sexual satisfactoria; o
 - b) Cualquier intento de actividad sexual conlleva un miedo generalizado e intentos de evitar la penetración (por ejemplo, mediante espasmo de los aductores de los muslos).

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR advierte que esta condición se encuentra más frecuentemente en mujeres jóvenes, en mujeres que exhiben actitudes negativas hacia el sexo y en aquellas que han vivido experiencias de abuso sexual infantil o intentos de violación; o puede representar una respuesta post-traumática a antecedentes de violencia sexual.

Debido a la influencia de la religión en la vida marital de muchas parejas en América Latina, es posible encontrar casos de matrimonios no consumados por vaginismo no orgánico, que han transcurrido como “casos de infertilidad” y cuya verdadera naturaleza nunca ha sido reportada al médico.

Muchos de estos casos son detectados durante exámenes ginecológicos, por lo que los trabajadores de salud mental deben colaborar con estos especialistas para advertirles de la existencia del trastorno y la necesidad de atender a los factores psicógenos.

F52.6 Dispareunia no orgánica

La dispareunia (o dolor durante el acto sexual) se da tanto en mujeres como en hombres. A menudo puede atribuirse a patología local, en cuyo caso debe ser apropiadamente clasificada bajo la condición patológica causal. Esta categoría debe usarse sólo si no hay otra disfunción sexual primaria no orgánica (por ejemplo, vaginismo o sequedad vaginal).

Incluye: Dispareunia psicógena

Excluye: Dispareunia orgánica (N94.1)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Deben satisfacerse los criterios generales de F52.

Además, en el caso de la mujer:

- B. Dolor durante la penetración, sentido en el introito vaginal, en todo el órgano, o únicamente en la penetración profunda.



- C. No atribuible a vaginismo o fracaso en la lubricación. La dispareunia causada por patología orgánica debe clasificarse de acuerdo con el trastorno subyacente.

En el caso del varón:

- B. Dolor o sensación desagradable durante la penetración. Debe tratarse de precisar el momento de la aparición del dolor y su localización exacta.
- C. Ausencia de factores orgánicos locales. Caso de haberlos, la disfunción debe aclararse en función del trastorno subyacente.

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR interpreta el criterio B como “el dolor, en el caso de la mujer, puede reportarse como superficial, en el momento de la penetración, o profundo, durante el coito.”

F52.7 Impulso sexual excesivo

Incluye: Ninfomanía
Satiriasis

Criterios Diagnósticos de Investigación

No se han propuesto criterios para esta categoría. Se recomienda a los investigadores delimiten sus propios criterios.

Anotación Latinoamericana

Actualmente existe controversia respecto de los conceptos de “adicción sexual” y “conducta sexual compulsiva”. Para algunos sexólogos latinoamericanos esta conducta puede no ser patológica, puede producir placer, ser circunstancial u obedecer a variables de tipo sociocultural. La GLADP-VR propone que la validez de estos conceptos se defina mediante el análisis cuidadoso de la evidencia empírica y el juicio clínico experimentado.

En la formulación de este diagnóstico el clínico debe considerar el que esta condición provoque una consecuencia negativa, generalmente recurrente, para la vida del paciente, en su salud física, familiar, laboral o en sus relaciones interpersonales. En algunos países latinoamericanos, esta condición se puede designar con términos como “fuego uterino”, “furor uterino” o similares.

F52.8 Otras disfunciones sexuales especificadas no ocasionadas por trastorno ni enfermedad orgánicos

F52.9 Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos no especificada

F53 Trastornos Mentales y del Comportamiento Asociados con el Puerperio no Clasificados en Otra Parte

Esta categoría incluye sólo los trastornos mentales asociados con el puerperio (que comienzan en el lapso de las seis semanas posteriores al parto), que no cumplen con



los criterios suficientes para ser clasificados en otra parte en este capítulo, sea debido a que la información disponible es insuficiente, o bien debido a que se considere que existen rasgos clínicos adicionales que hacen inadecuada su clasificación en otra parte.

Criterios Diagnósticos de Investigación

Esta categoría debería utilizarse en los estudios de investigación únicamente de forma excepcional. Los trastornos mentales en el puerperio deberían codificarse de acuerdo al tipo de trastorno psiquiátrico del que se trate, mientras que un segundo código (O99.3, Enfermedades Mentales y del Sistema Nervioso Complicadas con el Embarazo, Parto o Puerperio) indica su asociación con el puerperio.

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR propone las siguientes pautas diagnósticas para esta categoría general:

- G1. Aparición de un trastorno mental durante el período puerperal (hasta 6 semanas después del parto).
- G2. Ausencia de antecedentes de enfermedad mental relacionable con el cuadro clínico actual, fuera del período puerperal.
- G3. La posibilidad de que el síndrome presente pueda ser atribuido a alguna otra noxa física o mental codificable debe ser cuidadosamente excluida. Por ejemplo, los trastornos de estrés grave y de adaptación (F43), trastornos mentales orgánicos, especialmente los sintomáticos (F00 - F09) o los debidos al consumo de sustancias psicoactivas (F10 - F19).

F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento leves, asociados con el puerperio no clasificados en otra parte

Incluye: Depresión postnatal sin especificación
Depresión postparto sin especificación

F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el puerperio no clasificados en otra parte

Incluye: Psicosis puerperal sin especificación

F53.8 Otros trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio no clasificados en otra parte

F53.9 Trastorno mental puerperal no especificado

F54 Factores Psicológicos y del Comportamiento, Asociados con Trastornos o Enfermedades Clasificados en Otra Parte

Esta categoría debe utilizarse para registrar la presencia de factores psicológicos o de la conducta, que se considere hayan desempeñado un papel principal en la etiología de trastornos físicos que pueden clasificarse en otros capítulos. Cualesquiera que sean las alteraciones mentales resultantes, éstas son habitualmente leves y a



menudo prolongadas (como preocupación, conflicto emocional, aprehensiones, etc.), y no justifican por sí mismas la utilización de ninguna de las demás categorías de este capítulo.

Incluye: Factores psicológicos que influyen en condiciones físicas.

Son ejemplos de la utilización de esta categoría los siguientes:

- . Asma F54 y J45.-
- . Colitis mucosa F54 y K58.-
- . Colitis ulcerosa F54 y K51
- . Dermatitis F54 y L23-L25
- . Úlcera gástrica F54 y K25.-
- . Urticaria F54 y L50.-

Use código adicional si desea, para identificar el trastorno físico asociado

Excluye: Cefalea debida a tensión (G44.2)

Criterios Diagnósticos de Investigación

Se debe usar esta categoría para registrar la presencia de factores psicológicos y de conducta que puedan influir en la manifestación o el curso de algunos trastornos físicos que se clasifican en otros apartados. Cualquiera de estas alteraciones será leve y a menudo prolongada (tales como preocupación, conflicto emocional, aprensión), de tal forma que no justifican el uso de alguna de las otras categorías de este libro. Se puede utilizar un código adicional para identificar el trastorno físico. (En los casos raros en los que un trastorno psiquiátrico franco pueda ser el causante de un trastorno físico, se debe usar un segundo código adicional para registrar dicho trastorno psiquiátrico).

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR interpreta la definición de esta categoría como “presencia de factores psicológicos o del comportamiento, que desempeñen un papel significativo en la precipitación, evolución, y respuesta al tratamiento de condiciones médicas no psiquiátricas clasificadas en otros capítulos de la CIE-10”. Su vinculación a la etiología misma puede no ser directa o exclusiva.

La GLADP-VR incluye dentro de esta categoría aquellos trastornos mentales y del comportamiento clasificables en otras categorías del Capítulo V, en cuyo caso se deben formular y codificar ambos (el trastorno mental y del comportamiento respectivo y F54 para indicar su influencia sobre la condición médica no psiquiátrica). Otros factores que deben considerarse y que no requieren necesariamente de códigos adicionales incluyen síntomas psicológicos, rasgos de personalidad, estilos de reacción, conductas de riesgo, y condiciones relacionadas con el estrés.

La condición médica no psiquiátrica que esté siendo influida por la presencia de tales factores psicológicos y del comportamiento debe ser codificada adicionalmente (Ver Parte II, Evaluación y Formulación Diagnóstica).



F55 Abuso de Sustancias que no Producen Dependencia

Puede intervenir una amplia variedad de medicamentos y remedios autóctonos, pero los grupos particularmente importantes son: a) drogas psicotrópicas que no producen dependencia, tales como las antidepresivas, b) laxantes, y c) analgésicos que pueden ser comprados sin prescripción médica, tales como la aspirina y el paracetamol.

El uso permanente de estas sustancias con frecuencia lleva implícito un contacto innecesario con los profesionales de la medicina o el personal de apoyo, y algunas veces se acompañan de los efectos físicos nocivos de estas sustancias. Intentar disuadir o impedir el uso de las mismas a menudo encuentra resistencia; en el caso de los laxantes y anestésicos, puede suceder a pesar de las advertencias sobre la posibilidad de presentación (o aun con el desarrollo) de daños físicos tales como la disfunción renal o perturbaciones electrolíticas. Aunque por lo general es muy claro que el paciente tiene una fuerte motivación para tomar la sustancia, no se desarrollan síntomas de dependencia o abstinencia como en el caso de las sustancias psicoactivas especificadas en F10-F19.

Incluye: Abuso de:

- antiácidos
- esteroides u hormonas
- hierbas o remedios autóctonos
- vitaminas
- Hábito por laxantes

Excluye: Abuso de sustancias psicoactivas (F10-F19)

Crterios Diagnósticos de Investigación

Puede estar implicada una variedad de medicamentos y remedios populares, aunque los grupos más importantes son:

- a) Medicamentos psicoactivos que no producen dependencia, como los antidepresivos.
- b) Laxantes.
- c) Analgésicos que no necesitan receta médica, como aspirina o paracetamol. Aunque estas medicaciones pueden haber sido prescritas por el médico en primera instancia, el uso y dosificación pueden acabar siendo muy prolongados, innecesarios o excesivos, lo que es promovido por la fácil disponibilidad de este tipo de sustancias.

El uso persistente e injustificado de estos compuestos se asocia a menudo con un gasto económico innecesario. Frecuentemente conlleva contactos innecesarios con los profesionales sanitarios y a menudo se evidencian los efectos físicos peligrosos de estas sustancias. Los intentos de desaconsejar o prohibir el uso de la sustancia suelen encontrar resistencia.

En el caso de los laxantes y analgésicos, esto puede ocurrir a pesar de las advertencias de riesgo (o incluso de la presentación misma) de daño físico, tal como daño renal o alteraciones electrolíticas. A pesar de que el paciente presente claramente una fuerte motivación a tomar la sustancia, no se produce dependencia ni



síntomas de abstinencia como ocurre con las sustancias psicoactivas de las secciones F10-F19.

Se puede utilizar un cuarto dígito para especificar la sustancia implicada.

- F55.0 Antidepresivos (tales como tricíclicos, tetracíclicos, o inhibidores de las MAO)
- F55.1 Laxantes
- F55.2 Analgésicos (no especificados como psicotropos en F10 a F19, tales como ácido acetil-salicílico, paracetamol, fenacetina)
- F55.3 Antiácidos
- F55.4 Vitaminas
- F55.5 Hormonas o sustancias esteroideas
- F55.6 Hierbas o remedios populares
- F55.8 Otras sustancias que no producen dependencia (como los diuréticos)
- F55.9 Sustancia no especificada

Anotación Latinoamericana

Ciertas condiciones psicosociales que prevalecen en muchos países de América Latina, tales como la pobreza y las dificultades de acceso a los servicios de salud, inducen a la prescripción sin control médico de una buena cantidad de sustancias analgésicas y psicoactivas. Es probable, así, que esta condición sea muy prevalente en la región. Por eso, se hace importante que los profesionales de la salud mental se percaten de ello, eduquen a las agencias locales de salud sobre sus implicaciones y efectúen estudios epidemiológicos para esclarecer las características fenomenológicas de esta categoría y sus consecuencias sobre la salud de la población.

F59 Trastornos del Comportamiento Asociados con Alteraciones Fisiológicas y Factores Físicos no Especificados

Incluye: Disfunción fisiológica psicógena sin especificación



TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS (F60-F69)

Índice de esta Sección

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F60	Trastornos Específicos de la Personalidad	268
F60.0	Trastorno paranoide de la personalidad	269
F60.1	Trastorno esquizoide de la personalidad	270
F60.2	Trastorno antisocial-psicopático de la personalidad	271
F60.3	Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable	273
	.30 Tipo impulsivo	273
	.31 Tipo limítrofe (<i>bordeline</i>)	273
F60.4	Trastorno histriónico de la personalidad	274
F60.5	Trastorno anancástico de la personalidad	275
F60.6	Trastorno de la personalidad ansiosa (evasiva, elusiva)	276
F60.7	Trastorno de la personalidad dependiente	277
F60.8	Otros trastornos específicos de la personalidad	277
F60.9	Trastorno de la personalidad no especificado	280
F61	Trastornos Mixtos y Otros Trastornos de la Personalidad	280
F61.0	Trastornos mixtos de la personalidad	280
F61.1	Variaciones problemáticas de la personalidad no clasificables en F60 o F62.	280
F62	Cambios Perdurables de la Personalidad no Atribuibles a Lesión o a Enfermedad Cerebral	280
F62.0	Cambio perdurable de la personalidad después de una experiencia catastrófica	280
F62.1	Cambio perdurable de la personalidad consecutivo a una enfermedad psiquiátrica	282
F62.8	Otros cambios perdurables de la personalidad, especificados	283
F62.9	Cambio perdurable de la personalidad no especificado	284
F63	Trastornos de los Hábitos y de los Impulsos	284
F63.0	Juego patológico (Ludomanía)	284
F63.1	Piromanía	285
F63.2	Hurto patológico (Cleptomanía)	285
F63.3	Tricotilomanía	286
F63.8	Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos, especificados	286
F63.9	Trastorno de los hábitos y de los impulsos no especificado	286



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F64	Trastornos de la Identidad de Género	286
F64.0	Transexualismo	287
F64.1	Transvestismo de rol dual	287
F64.2	Trastorno de la identidad de género en la niñez	288
F64.8	Otros trastornos de la identidad de género, especificados	289
F64.9	Trastorno de la identidad de género no especificado	289
F65	Trastornos de la Preferencia Sexual	289
F65.0	Fetichismo	290
F65.1	Transvestismo fetichista	291
F65.2	Exhibicionismo	291
F65.3	Voyeurismo (Escoptofilia)	292
F65.4	Pedofilia	292
F65.5	Sadomasoquismo	293
F65.6	Trastornos múltiples de la preferencia sexual	293
F65.8	Otros trastornos de la preferencia sexual, especificados	294
F65.9	Trastorno de la preferencia sexual no especificado	294
F66	Trastornos Psicológicos y del Comportamiento Asociados con el Desarrollo y la Orientación Sexuales	295
F66.0	Trastorno de la maduración sexual	295
F66.1	Orientación sexual egodistónica	295
F66.2	Trastorno de la relación sexual	295
F66.8	Otros trastornos del desarrollo psicosexual, especificados	296
F66.9	Trastorno del desarrollo psicosexual no especificado	296
Puede recurrirse a los siguientes códigos de quinto carácter para indicar la asociación con:		
	F66.x0 Heterosexualidad	
	F66.x1 Homosexualidad	
	F66.x2 Bisexualidad (sólo debe ser utilizado cuando hay una clara evidencia de atracción sexual hacia miembros de ambos sexos)	
	F66.x8 Otra, incluyendo las prepuberales	
F68	Otros Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento en Adultos	296
F68.0	Elaboración de síntomas físicos por causas psicológicas	296
F68.1	Producción intencional o simulación de síntomas o de incapacidades, tanto físicas como psicológicas (trastorno facticio)	297
F68.8	Otros trastornos especificados de la personalidad y del comportamiento del adulto	297
F69	Trastorno de la Personalidad y del Comportamiento en Adultos no Especificado	297



Anotación Latinoamericana

Tanto por lo generalizado de su uso en ambientes clínicos y académicos en la región latinoamericana como por su propiedad nosológica, la GLADP-VR propone que, aquellos clínicos que lo prefieran, empleen la siguiente terminología para esta categoría:

F60.3, Trastorno limítrofe (*borderline*) de la personalidad

Este término incluiría a ambos subtipos propuestos por la CIE-10 (impulsivo y limítrofe) para la categoría que allí se denomina F60.3, Trastorno de la personalidad inestable.

INTRODUCCIÓN DE LA SECCIÓN

Este grupo comprende una diversidad de afecciones y de rasgos conductuales clínicamente significativos, que tienden a ser persistentes y que parecen ser la expresión del estilo de vida característico de la persona y de su modo de relacionarse consigo misma y con los demás. Algunas de estas afecciones y rasgos de la conducta surgen tempranamente en el curso del desarrollo individual, como producto tanto de factores constitucionales como de experiencias individuales y sociales, mientras otros se adquieren más tarde. Trastornos específicos de la personalidad (F60.-), trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad (F61.-), y cambios perdurables de la personalidad (F62.-) constituyen formas de la conducta profundamente arraigadas y permanentes, que se manifiestan como respuestas invariables a un amplio abanico de situaciones personales y sociales. Representan desviaciones extremas o significativas respecto de la forma en que el individuo promedio de una cultura dada percibe, piensa, siente y, especialmente, se relaciona con los demás. Estos esquemas conductuales tienden a ser estables y abarcar múltiples dominios del comportamiento y del funcionamiento psicológico. Se asocian frecuentemente, aunque no siempre, con diversos grados de aflicción subjetiva y de problemas de la adaptación social.

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR ha mantenido la compatibilidad nosológica con la CIE-10 en la organización de esta sección. Sin embargo, se reconoce la importancia de revisar en versiones sucesivas la conveniencia de separar los trastornos específicos de la personalidad, de los trastornos del comportamiento del adulto, debido a las inconsistencias nosológicas que se señalan con frecuencia en la presencia de categorías como los trastornos de la identidad de género de la niñez en esta clase cuyo título se refiere a trastornos del comportamiento adulto.

La evaluación correcta del funcionamiento de la personalidad debe tomar en consideración los orígenes étnicos, culturales y sociales de la persona del paciente que se presenta para atención en salud. Debe tenerse cuidado de no diagnosticar como trastornos de personalidad aquellas dificultades en el funcionamiento social que son consecuencia del proceso de aculturación en poblaciones de inmigrantes, o la expresión de hábitos, costumbres, o valores religiosos o políticos consistentes con la cultura de origen del paciente. La utilización de fuentes adicionales de información, familiarizadas con la cultura



del paciente, puede ser necesaria en ocasiones en que exista duda sobre la naturaleza de particularidades de la conducta del paciente. Esto puede ser especialmente importante para aquellos profesionales de la salud que trabajan con poblaciones latinoamericanas en países ajenos a la región.

En general, la GLADP-VR recomienda evitar el diagnóstico de trastornos de personalidad en personas menores de 18 años de edad (Ver anotación para F60). Aunque se debe considerar que hay formas clínicas plenas que son anteriores a los 18 años, y que se consolidan, no remiten con el avance de la edad y el traspaso de los 18 años.

Registro y Codificación:

La GLADP-VR aconseja el registro y codificación de los trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto en el Eje I (Ver Parte II, Evaluación y Formulación Diagnóstica).

Al considerar un diagnóstico de un trastorno de la personalidad, se sugiere al clínico considerar también la categoría Z73.1, Acentuación de los rasgos de personalidad (ver Anexo 2, Condiciones seleccionadas de otros capítulos de la CIE-10, frecuentemente asociadas con trastornos mentales y del comportamiento).

F60 Trastornos Específicos de la Personalidad

Son alteraciones de diferente severidad de la personalidad y de las tendencias conductuales de la persona, que no proceden directamente de enfermedades, daños o de otros traumas del cerebro, ni de otro trastorno psiquiátrico. Habitualmente afectan varias áreas de la personalidad. Casi siempre se asocian con aflicción personal considerable y con desorganización en la vida social. Por lo general se manifiestan desde la niñez o la adolescencia y se mantienen durante la edad adulta.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- G1. El modo de ser propio del individuo y su forma permanente de vivenciar y de comportarse se desvían en su conjunto o se salen de los límites de las normas aceptadas y esperadas en la propia cultura. Esta desviación debe manifestarse en más de una de las siguientes áreas:
- 1) cognición (esto es, en la forma de percibir e interpretar las cosas, las personas y los acontecimientos del mundo; y en la manera de desarrollar actitudes o crear la imagen propia y de los demás);
 - 2) estado de ánimo (rango, intensidad y adecuación de la afectividad y de la respuesta emocional);
 - 3) control de los impulsos y de las necesidades de gratificación;
 - 4) relaciones con los demás y estilo de relación interpersonal.
- G2. La desviación debe ser persistente, en el sentido de manifestarse como un comportamiento rígido y desadaptativo o interferir con las actividades en una amplia gama de situaciones sociales y personales (es decir, la disfunción no se limita a un estímulo o situación específica desencadenante).



- G3. Presencia de malestar personal o una repercusión negativa en el ambiente social, claramente atribuibles al comportamiento referido en el criterio B correspondiente al trastorno de personalidad específico de que se trate.
- G4. Evidencia de que la desviación es estable y de larga duración, habiéndose iniciado en la infancia tardía o en la adolescencia.
- G5. La desviación no puede ser explicada como una manifestación o una consecuencia de otros trastornos mentales del adulto, aunque pueden coexistir o superponerse otros trastornos episódicos o crónicos de las secciones F00 a F59 ó F70 a F79 de esta clasificación.
- G6. Se debe excluir como posible causa de la desviación las enfermedades orgánicas cerebrales, traumatismos o disfunciones cerebrales importantes (cuando están presentes, debe usarse el código F07 correspondiente).

Anotación Latinoamericana

Siguiendo las recomendaciones del CIE-10 se sugiere que la evaluación de los criterios G1 a G6 se realice con la mayor cantidad de fuentes de información posible y en más de una entrevista. Asimismo, debe tomarse en consideración el marco cultural donde se realiza la evaluación concerniente a normas sociales, reglas u obligaciones al considerar la presencia de ciertos criterios.

La GLADP-VR propone la incorporación de la frase calificativa F60.x2 “en estructuración”, para codificar aquellos cuadros clínicos que satisfacen los criterios de algunas subcategorías de F60, en pacientes menores de 18 años. Este diagnóstico debe reservarse para casos claramente establecidos.

Se recomienda también excluir, como parte del criterio G6, el uso o abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas como causa primaria explicativa del trastorno, tomando en cuenta que en un buen número de pacientes con este trastorno el uso secundario de alcohol y otras sustancias psicoactivas es frecuente.

F60-F69

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad

Trastorno de la personalidad caracterizado por sensibilidad excesiva a los reveses, incapacidad para olvidar ofensas, suspicacia y tendencia a distorsionar experiencias, malinterpretando las acciones neutras o amistosas de los demás como si fueran hostiles o despreciativas; y a las acciones agresivas dándoles una importancia inadecuada. Hay una inadecuada valoración de sus derechos personales y de la agresividad y tenacidad desplegadas en su defensa. Hay sospechas recurrentes y sin justificación acerca de la fidelidad del cónyuge o pareja sexual. Puede haber autovaloración excesiva, y a menudo hay excesiva autorreferencia.

Incluye: Personalidad:

- expansivo-paranoide
- fanática
- paranoide
- querellante
- sensitivo-paranoide



Excluye: Esquizofrenia paranoide (F20.0)
Estado paranoide (F22.0)
Paranoia (F22.0)
Paranoia querellante (F22.8)
Psicosis paranoide (F22.0)

Criterios Diagnósticos de Investigación

A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).

B. Al menos cuatro de los siguientes deben estar presentes:

- 1) Sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires.
- 2) Incapacidad para perdonar los agravios o perjuicios y predisposición a rencores persistentes.
- 3) Susplicacia y predisposición generalizada a distorsionar las propias vivencias, interpretando las manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles y despectivas.
- 4) Un sentido combativo y tenaz de los propios derechos, al margen de la realidad.
- 5) Predisposición a los celos patológicos.
- 6) Tendencia a sentirse excesivamente importante, manifestada por una actitud autorreferencial constante.
- 7) Preocupación por “conspiraciones” sin fundamento que explicarían los acontecimientos del entorno inmediato o del mundo en general.

Anotación Latinoamericana

El trastorno no se explica por el uso de alcohol u otras sustancias psicoactivas, como causa primaria. En un buen número de pacientes con este trastorno puede presentarse el uso secundario de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Debido a la frecuente exposición de la población latinoamericana a experiencias de violencia y persecución políticas, es posible que muchos pacientes presenten comportamientos de desconfianza o de defensa que puedan ser erróneamente etiquetados de “paranoides”. Esto es especialmente importante para profesionales de la salud mental que trabajan con poblaciones de inmigrantes de la región latinoamericana, especialmente durante el proceso de adaptación y aculturación. No por ello debemos olvidar que estas personas pueden tener una personalidad paranoide de base o pueden desarrollar una transformación paranoide de la personalidad en forma posterior. Por otro lado, Perales, Sogi, Sánchez et al. (1995) encontraron una alta prevalencia de síntomas “psicóticos” o paranoides aislados en áreas urbano-marginales que no implican patología sino estarían vinculados a aspectos culturales.

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por apartarse de los contactos afectivos, sociales y demás, con preferencia por la fantasía, las actividades solitarias y la introspección, sin que le preocupe generalmente. Hay incapacidad para expresar sentimientos y para experimentar placer.



Excluye: Esquizofrenia (F20.-)
 Síndrome de Asperger (F84.5)
 Trastorno delirante (F22.0)
 Trastorno esquizoide de la niñez (F84.5)
 Trastorno esquizotípico (F21)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).
- B. Al menos cuatro de los siguientes deben estar presentes:
- 1) La capacidad para experimentar placer parece restringida.
 - 2) Frialdad emocional, desapego o embotamiento afectivo.
 - 3) Incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira hacia los demás.
 - 4) Aparente indiferencia a las alabanzas y a las críticas.
 - 5) Poco interés por relaciones sexuales con otras personas (tener en cuenta la edad).
 - 6) Marcada preferencia por actividades solitarias.
 - 7) Excesiva preocupación con fantasías y excesiva introspección.
 - 8) Ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza ni deseos de tenerlas (o sólo una).
 - 9) Marcada insensibilidad hacia las normas y convenciones sociales vigentes. En caso de ser incumplidas dichas normas es de forma no intencionada.

F60.2 Trastorno antisocial-psicopático de la personalidad

Trastorno de la personalidad caracterizado por descuido o transgresión de las obligaciones, normas y leyes sociales y endurecimiento de los sentimientos hacia los demás. Hay gran disparidad entre el comportamiento de la persona y las normas y leyes sociales prevalecientes. La conducta no se modifica fácilmente a través de la experiencia adversa ni aun por medio del castigo. La tolerancia a la frustración es baja, lo mismo que el umbral tras el cual se descarga la agresión, e incluso, la violencia. Hay tendencia a culpar a otros o a ofrecer racionalizaciones verosímiles acerca del comportamiento que lleva a la persona a entrar en conflicto con la sociedad, la ley y hacer justicia por sus propias manos.

Incluye: Trastorno de] Personalidad:

- amoral
- antisocial
- asocial
- psicopática
- sociopática
- disocial

Excluye: Personalidad emocionalmente inestable (F60.3)
 Trastornos de la conducta (F91.-)



Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).
- B. Al menos cuatro de los siguientes deben estar presentes:
 - 1) Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía.
 - 2) Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y desprecio de las normas, reglas, y obligaciones sociales.
 - 3) Incapacidad para mantener relaciones personales duraderas.
 - 4) Muy baja tolerancia a la frustración, con un bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a comportamientos violentos.
 - 5) Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo.
 - 6) Marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles de los comportamientos conflictivos

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR acepta que los clínicos que así lo deseen utilicen el término **“Trastorno antisocial de la personalidad”** para designar a pacientes que cumplen con los criterios de esta categoría. Para el uso de términos, como “Personalidad psicopática” y “Personalidad sociopática” debe tomarse en cuenta:

1. Han sido utilizados en la literatura del siglo pasado con diferentes connotaciones; por ejemplo, el término “personalidad psicopática” era interpretado por muchos psiquiatras del área como sinónimo de portador de un trastorno de personalidad sin especificar cuál de ellos; otros colegas diferencian las conductas antisociales de las disociales con base en la conservación o no de la capacidad para ser fieles a algún tipo de código ético-moral. Según este criterio, los individuos con personalidad disocial preservarían la capacidad de respetar ciertas normas de comportamiento pertenecientes a su entorno más inmediato (subgrupo o subcultura); mientras que aquellos con personalidad antisocial serían incapaces de hacerlo.
2. Algunos consideran que dichos términos han adquirido tal grado de connotación peyorativa en algunos países del área que pueden resultar inadecuados para uso clínico.

Se propone la inclusión, entre los temas de investigación para futuras revisiones de la GLADP, la incorporación a los criterios diagnósticos de esta categoría de los siguientes:

- a) El individuo exhibe una incapacidad (o merma sustancial en su capacidad) para responder a normas, valores y leyes.
- b) Su comportamiento está dominado por una búsqueda inmediata del placer (sin importar la forma de lograrlo ni las consecuencias de hacerlo así) entre los parámetros diagnósticos.



El comportamiento disocial no es mejor explicado, con base en la existencia de un trastorno mental más amplio, ni constituye una estrategia de supervivencia ante situaciones sociales o políticas, de persecución o amenaza en el contexto sociocultural del paciente.

F60.3 Trastornos de la personalidad emocionalmente inestable

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por una tendencia definida a actuar impulsivamente y sin considerar las consecuencias. El humor es impredecible y caprichoso. Son probables los arrebatos emocionales, con incapacidad para controlar las explosiones conductuales. Hay tendencia a un comportamiento inestable, manipulador y a generar conflictos con los demás, especialmente cuando las acciones impulsivas son frustradas o censuradas. Se pueden distinguir dos tipos: el impulsivo, caracterizado preponderantemente por inestabilidad emocional y por falta de control de los impulsos, y el límite, que se caracteriza además por perturbaciones de la autoimagen, de las aspiraciones y de las preferencias íntimas, por sentimientos crónicos de vacío, por relaciones interpersonales intensas e inestables y por una tendencia al comportamiento autodestructivo, que incluye acciones suicidas e intentos de suicidio.

Incluye: [Trastorno de] Personalidad:

- . agresiva
- . explosiva
- . límite

Excluye: Trastorno disocial de la personalidad (F60.2)

Criterios Diagnósticos de Investigación

F60.30 Tipo impulsivo

- A. Deben cumplirse los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).
- B. Al menos tres de los siguientes criterios, uno de los cuales debe ser el número (2)
 - 1) Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.
 - 2) Marcada predisposición a un comportamiento inestable, manipulador y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados.
 - 3) Predisposición para los arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.
 - 4) Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.
 - 5) Humor inestable y caprichoso.

F60.31 Tipo límite (*borderline*)

- A. Deben cumplirse los criterios generales de trastornos de la personalidad (F60).
- B. Deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados para F60.30 criterios B, además de al menos dos de los siguientes:



- 1) Alteraciones y dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y preferencias íntimas (incluyendo las preferencias sexuales).
- 2) Facilidad para verse implicados en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis sentimentales.
- 3) Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.
- 4) Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.
- 5) Sentimientos crónicos de vacío.

Anotación Latinoamericana

Por lo común de su uso en ambientes clínicos y por la frecuencia con que características de un subtipo y del otro coinciden en el mismo paciente, la GLADP-VR acepta que aquellos clínicos que así lo prefieran utilicen el término **F60.3, Trastorno limítrofe (borderline) de la personalidad**, para designar a esta categoría de 4 caracteres, sin hacer distinción del subtipo de 5º carácter.

Este trastorno de personalidad se observa frecuentemente en personas que presentan asociados otros trastornos de personalidad. También se observa con frecuencia en personas que presentan asociados otros trastornos mentales y del comportamiento, tales como del humor [afectivos] (F30 – F39), por uso de sustancias psicoactivas (F10 – F19), de la ingestión de alimentos (F50), por estrés postraumático (F43.1) e hipercinéticos (F90).

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por una afectividad superficial y lábil, dramatización de sí mismo, teatralidad, expresión exagerada de las emociones, sugestionabilidad, egocentrismo, autoindulgencia, falta de consideración por los demás, demanda continua de aprecio, estímulo y atención, y propensión para sentirse herido con facilidad.

Incluye: Personalidad:

- histérica
- psicoinfantil

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).
- B. Al menos cuatro de los criterios siguientes deben estar presentes:
 - 1) Dramatización, teatralidad o expresión exagerada de las emociones.
 - 2) Sugestionabilidad y propensión para dejarse influir por los demás.
 - 3) Afectividad lábil y superficial.
 - 4) Búsqueda imperiosa de emociones y de actividades en las que pueda ser el centro de atención.
 - 5) Conducta o apariencia inapropiadamente seductora.
 - 6) Preocupación exagerada por parecer físicamente atractivo.



Anotación Latinoamericana

El cuadro clínico comprende no sólo la dramatización de sí mismo sino también de las situaciones. Además, se acompaña de superficialidad en el pensamiento y en la cognición. Lo caracterizan una búsqueda excesiva de emociones, una forma exagerada y teatral de expresar su afectividad, necesidad de ocupar el centro y atraer sobre sí la atención. Estas personas suelen ser altamente sugestionables, su afectividad suele ser superficial y lábil, y frecuentemente mienten o reflejan deformada la realidad, en virtud de una valoración esencialmente afectiva.

F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por sentimientos de duda, meticulosidad, verificación y preocupación por los detalles, terquedad, precaución y rigidez excesivas. Es frecuente la acumulación de objetos sin valor práctico, por incapacidad de deshacerse de ellos.

Incluye: [Trastorno de] Personalidad:

- compulsiva
- obsesiva
- obsesivo-compulsiva

Excluye: Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-)

Criterios Diagnósticos de Investigación

Nota: A menudo conocido como trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

- A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).
- B. Al menos cuatro de los siguientes:
 - 1) Falta de decisión, dudas y precauciones excesivas que reflejan una profunda inseguridad personal.
 - 2) Preocupación por los detalles, normas, listas, orden, organización y programación del tiempo.
 - 3) Perfeccionismo desproporcionado hasta el extremo de llegar a perder la perspectiva global de la situación.
 - 4) Rectitud y escrupulosidad excesivas.
 - 5) Preocupación injustificada por los rendimientos, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y relaciones personales.
 - 6) Pedantería y convencionalismo con limitada capacidad para expresar emociones afectuosas.
 - 7) Rigidez y obstinación.
 - 8) Insistencia no razonable en que los demás se sometan a su propia forma de hacer las cosas o bien una irrazonable resistencia a permitir a los demás hacer cosas por sí mismos.



Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR ve la necesidad morbosa de control (de los propios impulsos, de las personas o de las cosas) como la característica cardinal del trastorno y como el generador de varios de los síntomas listados en el criterio B. Puesto que muchas de las manifestaciones conductuales que distinguen este trastorno pueden verse en sujetos bien adaptados, es importante establecer su impacto sobre el funcionamiento adaptativo del individuo que es objeto de la evaluación clínica, antes de formular el diagnóstico. El clínico debe estar familiarizado con el comportamiento efectivo en la cultura del paciente, de modo que los rasgos adaptativos puedan distinguirse de los patológicos (p. ej., la actitud reflexiva de la duda paralizante, la exactitud de la pedantería inflexible, la rectitud de la autoinculpación neurótica, el afán por la excelencia del perfeccionismo ineficiente, la actitud ahorrativa de la tacañería alienante y la circunspección de la glacialidad impertinente).

F60.6 Trastorno de la personalidad ansiosa (evasiva, elusiva)

Trastorno de la personalidad caracterizado por sentimientos de tensión y aprensión, inseguridad e inferioridad. Hay un anhelo permanente por gustar y ser aceptado, una hipersensibilidad al rechazo y a la crítica, conjuntamente con una restricción de los afectos personales y una tendencia a evitar ciertas actividades, por exageración habitual de los peligros y riesgos potenciales de incomodidad personal de las situaciones cotidianas.*

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).
- B. Al menos cuatro de los siguientes:
- 1) Sentimientos constantes y generalizados de tensión emocional y temor.
 - 2) Preocupación constante consigo mismo y sentimientos de inseguridad e inferioridad.
 - 3) Hipersensibilidad al rechazo y a las críticas
 - 4) Resistencia a entablar relaciones personales, a no ser que se reciban fuertes garantías de una aceptación sin críticas.
 - 5) Restricción del estilo de vida, debida a la necesidad de certeza y seguridad.
 - 6) Evitación de actividades sociales y laborales que conllevan un contacto interpersonal significativo debido al miedo a la crítica, a la desaprobación o al rechazo.

Anotación Latinoamericana

Para la GLADP-VR la característica cardinal de este trastorno es una tendencia generalizada a la inhibición de las actividades sociales como resultado de profundos sentimientos de inadecuación, de pobre estima personal y de una marcada sensibilidad a la evaluación negativa de los miembros del entorno. La tendencia de estos pacientes a "hacerse invisibles" en situaciones sociales es notable. Es también notable su aislamiento social y su propensión a ser objeto del ridículo social, lo que



exacerba aún más su convicción de ser rechazados por su entorno.

*Los temores y limitaciones de estos sujetos se limitan a la esfera de las relaciones humanas. En la vida cotidiana hay accidentes del tráfico, catástrofes naturales, políticas y económicas que para ellos no son objeto de especial preocupación.

Incluye: Trastorno evitativo de la personalidad

F60.7 Trastorno de la personalidad dependiente

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por una dependencia de y subordinación a otras personas para tomar decisiones en la vida, tanto importantes como menores. Hay gran temor al abandono, sentimientos de desamparo y de incompetencia, complacencia pasiva con los deseos de los mayores y de los demás y una débil respuesta a las demandas de la vida cotidiana. La falta de vitalidad puede hacerse evidente en las esferas intelectual o emocional.

A menudo hay tendencia a transferir la responsabilidad a los demás.

Incluye: Personalidad:

- asténica
- inadecuada
- pasiva
- derrotista

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).
- B. Al menos cuatro de los siguientes:
 - 1) Fomentar o permitir que otras personas asuman responsabilidades importantes de la propia vida.
 - 2) Subordinación de las propias necesidades a las de aquellos de los que se depende y sumisión excesiva a sus deseos.
 - 3) Resistencia a hacer peticiones, incluso las más razonables a las personas de las que se depende.
 - 4) Sentimientos de incomodidad y abandono al estar solo, a causa de un temor exagerado a ser incapaz de cuidar de sí mismo.
 - 5) Preocupación acerca de ser abandonado a su propia suerte.
 - 6) Escasa capacidad para tomar decisiones cotidianas sin un apoyo, consejo y reaseguramiento excesivo por parte de los demás.

F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad

Incluye: [Trastorno de] Personalidad:

- excéntrica
- inmadura
- narcisista
- pasivo-agresiva
- psiconeurótica
- tipo inestable



Utilícese esta categoría si ninguna de las precedentes es adecuada cuando se satisfacen los criterios generales de trastornos de personalidad enunciados en F60 (véase Anotación Latinoamericana). Puede añadirse un dígito extra para identificar trastornos específicos de personalidad no recogidos aún en la CIE-10. Cuando se use el código F60.8 es siempre recomendable anotar una descripción esquemática de la desviación concreta de la personalidad.

Anotación Latinoamericana

Por su utilidad clínica y su importancia nosológica, la GLADP-VR ha decidido incorporar en esta categoría algunos trastornos específicos de personalidad adicionales, con sus respectivos criterios diagnósticos, derivados de los CDI, en los casos en que tales criterios han sido propuestos. Para ello se sugiere la utilización del 5º carácter que permite el sistema de codificación de la CIE-10:

F60.83 Trastorno de la personalidad narcisista.

Se trata de un trastorno de personalidad caracterizado por la grandiosidad y una autoestima sumamente hipertrofiada, acompañada de la necesidad del paciente de que su *excepcionalidad* sea reconocida por los demás. Para quien padece este trastorno, el resto del mundo es sólo el fondo sobre el cual él (ella) debe brillar. Subestiman los méritos ajenos o, cuando más, los reconocen como parte del "selecto" grupo de personas al que pertenecen y sólo en la medida en que les sirven para realzar su pertenencia a una determinada elite; no obstante, sienten profunda envidia por cualquier mérito ajeno que pueda opacarlos.

Las personas que padecen este trastorno tienden a establecer relaciones de explotación con los demás, cuyos problemas, intereses y necesidades no les conciernen en lo absoluto. Actúan como si los demás debieran estar al servicio de sus caprichos o necesidades. Se trata de individuos carentes de empatía, que son percibidos como emocionalmente fríos y poco recíprocos por las personas cercanas a ellos.

Criterios Diagnósticos de Investigación:

A) Deben cumplirse los criterios generales del trastorno de personalidad (F60)

B) Deben ser satisfechos, al menos, 5 de los siguientes requisitos:

- 1) Sentido grandilocuente de su importancia (exageración de sus méritos y valores, expectación de ser reconocido como "superior" sin causa que lo justifique).
- 2) Fantasías de carácter megalomaniaco (éxito ilimitado, poder, belleza o amor ideal).
- 3) Convicción de ser especial (único) y de que sólo puede ser comprendido y relacionarse con una elite (personas o instituciones).
- 4) Necesidad o demanda excesiva de admiración.
- 5) Expectación irracional de recibir tratos y consideraciones especiales, sentido exacerbado de sus derechos y esperar que estos se cumplan de forma automática.
- 6) Relaciones de explotación con los demás.
- 7) Falta de empatía: falta de identificación con las necesidades y sentimientos ajenos.



- 8) Frecuentemente siente envidia de otros o piensa que es envidiado.
- 9) Actitudes y conductas arrogantes y soberbias.

F60.84 Trastorno de la personalidad inadecuada

Las personalidades inadecuadas se caracterizan por respuestas ineficaces a las demandas emocionales, sociales, intelectuales y físicas. Pese a que esos pacientes no parecen ser física ni mentalmente deficientes, manifiestan inadaptabilidad, ineptitud, pobreza de juicio y negligencia hacia metas que pudieran trazarse.

F60.85 Trastorno de la personalidad pasivo-agresiva (negativista)

Las personalidades pasivo-agresivas se caracterizan por pasividad y agresividad. La existencia concomitante de ambas actitudes modifica sus manifestaciones clínicas y da lugar a que la agresividad pueda manifestarse pasivamente, en forma de obstruccionismo, expresiones de desagrado, resistencia pasiva, ineficiencia intencional y terquedad. Dicha conducta refleja comúnmente la hostilidad que el sujeto siente y no se atreve a expresar abiertamente, lo que se relaciona con el resentimiento que experimenta el paciente al no encontrar gratificación en sus relaciones con determinado individuo o institución de la cual es excesivamente dependiente. No suelen tener conciencia de su agresividad.

Criterios Diagnósticos de Investigación:

- A. Deben cumplirse los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).
- B. El paciente debe cumplir, por lo menos, 5 de los siguientes requisitos:
 - 1) Aplazar las decisiones y posponer la realización de tareas de rutina en cosas que deben realizarse, especialmente las que otras personas le han solicitado.
 - 2) Protestar, injustificadamente, que otras personas le hacen demandas excesivas.
 - 3) Mostrarse malhumorado, irritable y argumentativo cuando se le pide que haga algo que no quiere hacer.
 - 4) Criticar o despreciar sin razón a las personas que ocupan puestos de autoridad.
 - 5) Trabajar lentamente de manera deliberada o realizar mal las tareas que, en el fondo, no quiere llevar a cabo.
 - 6) Obstruir los esfuerzos de otros al fallar en hacer su parte del trabajo.
 - 7) Evitar sus obligaciones alegando habérselas olvidado.

F60.86 Trastorno de la personalidad asténica

Las personas que presentan este trastorno se caracterizan por fácil fatigabilidad, una alta sensibilidad a las tensiones físicas y emocionales, falta de iniciativa y poca capacidad para disfrutar de los placeres de la vida cotidiana. Es característica en ellos la dificultad para llevar a término las acciones requeridas en cada situación de la vida cotidiana.



F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado

Incluye: Neurosis del carácter sin especificación
Personalidad patológica sin especificación

F61 Trastornos Mixtos y Otros Trastornos de la Personalidad

Esta categoría se destina a los trastornos de la personalidad que a menudo son molestos, pero que no muestran la estructura sintomática específica que caracteriza a los trastornos descritos en F60.-. Debido a esto, con frecuencia son más difíciles de diagnosticar que los de la categoría F60.-. Entre los ejemplos de estos trastornos se incluyen:

- Trastornos mixtos de la personalidad con rasgos de varias de las alteraciones incluidas en la categoría F60.-, pero sin un conjunto predominante de síntomas que permita un diagnóstico más específico.
- Cambios molestos de la personalidad, no clasificables en F60.- o en F62.- y considerados secundarios a un diagnóstico principal de un trastorno afectivo o de ansiedad coexistente.

Excluye: Rasgos acentuados de la personalidad (Z73.1)

Criterios Diagnósticos de Investigación

No se ha considerado adecuado ofrecer criterios para estos trastornos mixtos. Aquellos que se dediquen a la investigación en este campo deberán fijar los suyos propios, en función del objetivo de su estudio.

F62 Cambios perdurables de la personalidad no atribuibles a lesión o a enfermedad cerebral

Trastornos de la personalidad o de la conducta en adultos, que se han desarrollado en personas sin trastorno previo de la personalidad, después de la exposición a estrés prolongado, catastrófico o excesivo, o después de una enfermedad psiquiátrica grave. Estos diagnósticos deben hacerse sólo cuando hay evidencia de un cambio definido y perdurable del modo en que la persona percibe, se relaciona, o piensa acerca de su entorno o sobre sí misma. El cambio de la personalidad debe ser significativo y debe estar asociado con conductas invariables e inadaptadas, que no existían antes de la experiencia patógena. El cambio no debe ser una manifestación directa de otro trastorno mental, ni un síntoma residual de cualquier alteración mental precedente.

Excluye: Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral (F07.-)

F62.0 Cambio perdurable de la personalidad después de una experiencia catastrófica

Cambio perdurable de la personalidad, que dura al menos dos años, después de la exposición a tensión catastrófica. La tensión debe ser tan extrema, que no sea necesario tomar en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar sus efectos profundos sobre la personalidad. El trastorno se caracteriza por una actitud hostil y desconfiada hacia el mundo, aislamiento social, sentimientos de vacío o de desesperanza, y



una sensación crónica de “estar al borde”, como si se estuviera constantemente amenazado y enajenado. Este tipo de cambio de la personalidad puede ser precedido por un trastorno de estrés post-traumático (F43.1).

Incluye: Cambio de la personalidad consecutivo a:

- cautividad prolongada con o sin posibilidad inminente de ser asesinado
- desastres naturales o provocados por el hombre
- experiencias en campo de concentración
- exposición prolongada a situaciones de amenaza para la vida, tales como la posibilidad de ser víctima del terrorismo o la guerra
- tortura
- situaciones económicas catastróficas

Excluye: Trastorno de estrés postraumático (F43.1)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Evidencia, obtenida de la anamnesis personal o de informantes adecuados, de un cambio persistente y definido del estilo personal de percibir, relacionarse y pensar sobre el mundo y sobre sí mismo, tras haber padecido un acontecimiento estresante catastrófico (por ejemplo, experiencia en campos de concentración, tortura, desastre, exposición prolongada a situaciones de amenaza vital).
- B. El cambio de personalidad debe ser significativo y manifiesto en forma de rasgos rígidos y desadaptativos definidos por al menos dos de los siguientes síntomas:
 - 1) Actitud permanente de hostilidad y desconfianza hacia el mundo, que no existió antes del acontecimiento estresante.
 - 2) Aislamiento social (evitación del contacto con todas las personas en general, a excepción de unos pocos parientes íntimos con los que vive), no debido a otro trastorno mental presente como pudiera ser un trastorno del humor (afectivo).
 - 3) Sentimiento constante de vacío o desesperanza, no limitado a un episodio bien definido de trastorno del humor (afectivo) y que no estaba presente antes de la experiencia del acontecimiento estresante catastrófico. Puede acompañarse de un aumento de la dependencia de otras personas, con una incapacidad para expresar sentimientos negativos o agresivos y con un humor depresivo prolongado, sin que antes del acontecimiento estresante catastrófico hubiera existido un trastorno depresivo.
 - 4) Sentimiento permanente de estar en peligro o amenazado sin causa externa, puesto de manifiesto por un aumento de la actitud de vigilancia y la irritabilidad en una persona que previamente no presentaba estos rasgos de hiperalerta. Este estado crónico de tensión interna y de sentirse amenazado puede acompañarse de una predisposición al consumo excesivo de alcohol o drogas.
 - 5) Sentimiento permanente de haber cambiado o de ser diferente de los demás (extrañeza de sí mismo). Este sentimiento puede acompañarse de vivencias de embotamiento afectivo.
- C. El cambio debe producir una alteración significativa de las actividades sociales o laborales, o un malestar subjetivo tanto al enfermo como a su familia.



- D. La modificación de la personalidad debe haberse presentado después de la experiencia catastrófica y no deben existir datos anamnésicos de un trastorno de la personalidad en la edad adulta preexistente, ni tampoco tratarse de una acentuación de rasgos previos. Tampoco deben existir trastornos de la personalidad o del desarrollo en la infancia o adolescencia que pudieran explicar los rasgos presentes de la personalidad.
- E. La modificación de la personalidad debe haber estado presente durante al menos dos años, no estar relacionada con episodios de otros trastornos mentales (excepto el trastorno por estrés post-traumático) y no puede atribuirse a lesión cerebral ni a otra enfermedad importante.
- F. La transformación de la personalidad descrita es precedida a menudo de un trastorno por estrés post-traumático (F43.1). Los síntomas de ambos cuadros pueden superponerse y el cambio de personalidad puede constituir una evolución crónica de un trastorno por estrés post-traumático. Sin embargo, no se debe reconocer como duradero un cambio de personalidad en estos supuestos a no ser que tras, al menos, dos años de estrés post-traumático haya existido un período adicional de no menos de dos años durante el cual se hayan satisfecho los criterios referidos.

F62.1 Cambio perdurable de la personalidad consecutivo a una enfermedad psiquiátrica

Cambio de la personalidad, que dura por lo menos dos años, atribuible a la experiencia traumática de haber sufrido una enfermedad psiquiátrica grave. El cambio no puede explicarse por un trastorno previo de la personalidad y debe diferenciarse de la esquizofrenia residual y de otros estados de recuperación incompleta de un trastorno mental precedente. Este trastorno se caracteriza por una dependencia excesiva y por una actitud de demanda hacia los demás. Hay convicción de haber sido cambiado o estigmatizado por la enfermedad, lo cual da lugar a una incapacidad para construir y para mantener relaciones interpersonales estrechas y seguras, así como también al aislamiento social. Hay pasividad, reducción de los intereses y de la participación en actividades recreativas; asimismo, quejas persistentes de estar enfermo, lo cual puede asociarse con preocupaciones hipocondríacas y con una conducta enfermiza. El humor es disfórico o lábil, no debido a un trastorno mental actual ni precedente con síntomas afectivos residuales. Hay prolongación de los problemas del funcionamiento social y ocupacional.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Modificación definida y duradera del estilo personal de percibir, relacionarse y pensar acerca del mundo y de uno mismo tras la experiencia de padecer uno o varios episodios de enfermedad psiquiátrica, de los cuales la persona se ha recuperado clínicamente sin síntomas residuales
- B. La modificación de la personalidad debe ser significativa y consistir en rasgos rígidos y desadaptativos definidos por la presencia de al menos dos de los síntomas siguientes:
 - 1) Excesiva dependencia de terceras personas (el paciente asume de un modo



- pasivo, o incluso demanda que otros tomen la responsabilidad de su propia vida; rechazo a decidir sobre asuntos importantes relacionados con un futuro).
- 2) Retraimiento social o aislamiento secundario a la convicción (no delirante) o al sentimiento de haber cambiado, o a estar estigmatizado como consecuencia de la enfermedad. Esta convicción puede verse reforzada por algunas actitudes de la sociedad, pero no puede ser explicada completamente por las circunstancias sociales objetivas. El sentimiento de vulnerabilidad al oprobio de los demás (herida narcisista) puede también ser un factor a tener en cuenta, pero para ser considerado como un rasgo duradero de la personalidad debe ser egosintónico.
 - 3) Pasividad, reducción de los intereses y disminución de la participación en entretenimientos previamente agradables (lo que puede reforzar el aislamiento social).
 - 4) Cambio en el modo como se percibe a sí mismo lleva a una frecuente o constante queja de estar enfermo. Esta característica puede acompañarse con actitudes hipocondríacas y un incremento en la utilización de los servicios psiquiátricos y médicos en general.
 - 5) Actitud demandante hacia terceras personas de las que el sujeto espera una atención especial o porque se considera merecedor de un trato especial.
 - 6) Humor disfórico o lábil, no debido a un trastorno mental presente o a un trastorno mental previo con síntomas residuales.
- C. La modificación de la personalidad tras la enfermedad psiquiátrica debe ser comprensible en el contexto de la experiencia emocional subjetiva que tiene la persona de tal situación; de su adaptación y vulnerabilidad previas y de su situación biográfica, incluyendo, entre ellas, las actitudes y reacciones de sus seres significativos hacia la enfermedad psiquiátrica.
- D. La modificación de la personalidad debe causar una alteración significativa de la actividad social o laboral o un malestar subjetivo en el sujeto y sus familiares.
- E. No deben existir antecedentes de un trastorno de la personalidad en la edad adulta preexistente ni tratarse de una acentuación de rasgos previos; así como tampoco existir trastornos de la personalidad o del desarrollo en la infancia o adolescencia que puedan explicar los rasgos de personalidad actuales
- F. La modificación de la personalidad ha estado presente durante al menos dos años y no es la manifestación de episodios de otros trastornos mentales. Tampoco puede ser explicada como un síntoma residual de un trastorno mental precedente y no es secundaria a lesión cerebral ni a otra enfermedad importante.

F62.8 Otros cambios perdurables de la personalidad

Incluye: Síndrome de personalidad en el dolor crónico.



Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR propone la inclusión en esta categoría del cambio perdurable de la personalidad consecutivo a:

- . Duelo mórbido
- . Desmoralización
- . Crisis de conciencia
- . Ultraje al honor y amor propios
- . Violencia cotidiana
- . Traumas persistentes de la vida cotidiana

F62.9 Cambio perdurable de la personalidad no especificado

F63 Trastornos de los Hábitos y de los Impulsos

Esta categoría abarca ciertos trastornos de la conducta que no son clasificables bajo otros códigos. Consisten en acciones iterativas que no tienen una clara motivación racional, que no pueden ser controladas y que generalmente atentan contra los propios intereses de la persona o los de otras. El paciente suele indicar que esta conducta se asocia con impulsos para la acción. La causa de estos trastornos no ha sido dilucidada y se los agrupa debido a sus amplias similitudes descriptivas y no porque se sepa que compartan alguna otra característica importante entre sí.

Excluye: Consumo excesivo habitual de alcohol o de sustancias psicoactivas (F10-F19)
Trastornos de los impulsos y de los hábitos que afectan la conducta sexual (F65.-)

F63.0 Juego patológico (ludomanía)

El trastorno consiste en episodios frecuentes e iterativos de juego, que dominan la vida de la persona, en detrimento de sus obligaciones y de sus valores sociales, ocupacionales, económicos y familiares.

Incluye: Juego compulsivo
Ludopatía

Excluye: Juego en trastorno disocial de la personalidad (F60.2)
Juego excesivo en pacientes maníacos (F30.-)
Juego y apuesta sin especificación (Z72.6)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Presencia de dos o más episodios en un período de al menos un año.
- B. Estos episodios carecen de provecho económico para el individuo y, sin embargo, se reiteran a pesar de los efectos perjudiciales que tienen a nivel económico, social y laboral, y sobre los valores y compromisos personales.
- C. El sujeto describe la presencia de un impulso intenso a jugar difícil de controlar y afirma ser incapaz de dejar de jugar mediante el único esfuerzo de su voluntad.
- D. Preocupación con pensamientos o imágenes mentales relacionados con el acto de jugar o con las circunstancias que lo rodean.



F63.1 Piromanía

Conducta caracterizada por múltiples acciones o intentos de quemar propiedades u objetos ajenos sin motivo aparente, y por una preocupación persistente por temas relacionados con el fuego y con los incendios. Esta conducta se asocia a menudo con sentimientos de tensión creciente antes de la acción y de intensa excitación inmediatamente después.

Excluye: Incendio provocado (por) (en):

- adulto con trastorno disocial de la personalidad (F60.2)
- como razón para la observación por sospecha de trastorno mental (Z03.2)
- esquizofrenia (F20-)
- intoxicación por alcohol o por sustancias psicoactivas (F10-F19 con cuarto carácter común .0)
- trastornos de la conducta (F91.-)
- trastornos mentales orgánicos (F00-F09)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Presencia de dos o más actos o intentos de prender fuego sin motivo aparente.
- B. El sujeto describe la presencia de un impulso intenso a prender fuego a objetos, precedido de un sentimiento de tensión que se alivia al llevar a cabo la acción.
- C. Preocupación con pensamientos o imágenes mentales de prender fuego o con las circunstancias que rodean a la acción (por ejemplo, con coches de bomberos o con llamar a los servicios contra incendios).

F63.2 Hurto patológico (Cleptomanía)

Trastorno caracterizado por el fracaso repetitivo por resistir los impulsos de robar objetos, que no son adquiridos para el uso personal ni por la ganancia monetaria. Los objetos pueden ser eliminados, regalados o atesorados. Esta conducta se acompaña habitualmente de un sentimiento de tensión creciente antes de la acción y de un sentimiento gratificante durante e inmediatamente después de ella.

Excluye: El robo como razón para la observación por sospecha de trastorno mental (Z03.2)

- Trastorno depresivo con robo (F31-F33)
- Trastornos mentales orgánicos (F00-F09)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Presencia de dos o más episodios de robo aparentemente no motivados por una ganancia para sí mismo ni para otra persona.
- B. El sujeto describe la presencia de un impulso imperioso a robar, precedido por un sentimiento de tensión que se activa al llevar a cabo la acción.

Anotación Latinoamericana

Una característica cardinal de este trastorno es que la persona que lo padece no se asocia a otros para robar. Los hurtos tienden a realizarse de manera solitaria y sin premeditación.



F63.3 Tricotilomanía

Trastorno caracterizado por pérdida evidente de pelo debida a la presencia de un impulso irrefrenable a arrancarse los cabellos. La acción de tirar de los cabellos es precedida habitualmente por tensión creciente y seguida de un sentimiento de alivio y de gratificación. No debe hacerse este diagnóstico si existe una inflamación cutánea preexistente, o cuando el trastorno se explica mejor como una respuesta a una delusión o a una alucinación.

Excluye: Trastorno de los movimientos, estereotipados con arrancamiento de cabellos (F98.4)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Notable pérdida de pelo debida a una incapacidad persistente y recurrente de resistir los impulsos de arrancarse los cabellos.
- B. El sujeto describe la presencia de un impulso intenso a arrancarse los cabellos con una creciente tensión previa y sensación de alivio al llevar a cabo la acción.
- C. Ausencia de inflamación preexistente de la piel. No se presenta como respuesta a ideas delusivas o alucinaciones.

F63.8 Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos

Otras clases de conducta persistente y repetitivamente inadaptada, que no son secundarias a un síndrome psiquiátrico diagnosticado y en las cuales la persona aparentemente fracasa iterativamente en resistir los impulsos de llevar a cabo tal comportamiento. Hay un período prodrómico de tensión, con un sentimiento de alivio al momento de la acción.

Incluye: Trastorno explosivo intermitente

Criterios Diagnósticos de Investigación

Este apartado debe usarse para otros tipos de conducta maladaptativa persistente que no son secundarios a un síndrome psiquiátrico conocido y que se manifiesta por un fallo repetido para resistir el impulso a dicha conducta. Existe un período de tensión previo con una sensación de alivio durante el acto.

F63.9 Trastorno de los hábitos y de los impulsos no especificado

F64 Trastornos de la Identidad de Género

Anotación Latinoamericana

Esta es un área en constante revisión, por lo que se recomienda cautela en su utilización, especialmente en niños muy pequeños, antes de haber alcanzado el nivel de operaciones formales en su desarrollo intelectual.

La expresión clínica de este trastorno está sujeta a variaciones importantes dependientes del entorno cultural del individuo, por lo que se recomienda un manejo flexible de los criterios diagnósticos.

Esto no debe impedir, por supuesto, la utilización de este diagnóstico, cuando el caso exija un tratamiento precoz.



F64.0 Transexualismo

Deseo de vivir y de ser aceptado como integrante del sexo opuesto, habitualmente acompañado de un sentimiento de incomodidad o de inadecuación al sexo anatómico propio y del deseo de someterse a cirugía y a tratamiento hormonal, para hacer el propio cuerpo tan congruente como sea posible con el sexo preferido por la persona.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del género opuesto, por lo general acompañado por el deseo de modificar mediante métodos hormonales o quirúrgicos el propio cuerpo para hacerlo lo más congruente posible con el género preferido.
- B. Presencia de identidad transexual persistentemente durante al menos dos años.
- C. No se trata de un síntoma de otro trastorno mental, tal como una esquizofrenia, ni secundario con una anomalía cromosómica.

Anotación Latinoamericana

Debe excluirse de esta categoría los casos de transexuales “falsos”, que son individuos que se creen o actúan como si fueran del sexo opuesto, impulsados por motivaciones económicas o circunstanciales.

F64.1 Transvestismo no fetichista (de rol dual)

Uso de vestuario del sexo opuesto durante una etapa de la vida, para disfrutar de la experiencia transitoria de ser integrante de ese sexo, pero sin ningún deseo de un cambio de sexo más permanente ni de reasignación quirúrgica, y sin excitación sexual que acompañe al hecho de vestirse con ropas del sexo opuesto.

Incluye: Trastornos de la identidad de género en la adolescencia o en la edad adulta, de tipo no transexual

Excluye: Transvestismo fetichista (F65.1)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Vestir atuendos del género opuesto con el objeto de tener temporalmente la sensación de pertenecer al género opuesto.
- B. Ausencia de motivación sexual en el cambio de atuendo.
- C. Ausencia de deseo de cambio permanente al género opuesto.

Anotación Latinoamericana

En la GLADP-VR se considera poco válida esta categoría, en virtud de la frecuencia con que, en la práctica clínica, la estimulación sexual se identifica como un elemento acompañante del acto de transvestismo, aunque ésta no sea su propósito principal. Esta estimulación sexual se observa especialmente en los pacientes que realizan su actividad transvestista en la intimidad personal, y puede conducir al orgasmo y satisfacción sexual, cuando el individuo ve culminado el proceso de cambio provisional de identidad. En la parafilia que pudiera confundirse con esta condición, el Transvestismo fetichista (F65.1), el



objetivo fundamental es definitiva y consistentemente la estimulación sexual. Por lo anterior, este manual sugiere emplear esta categoría sólo en aquellos casos en que, tras una evaluación comprensiva, se pueda determinar que el proceso de vestir ropas propias del otro género no es fuente de excitación sexual, ni está directamente relacionado con ella.

F64.2 Trastornos de la identidad de género en la niñez

Trastorno cuya primera manifestación ocurre generalmente durante la niñez temprana (siempre, mucho antes de la pubertad), que se caracteriza por intensa y permanente angustia en relación con el propio sexo, conjuntamente con el deseo de pertenecer al otro sexo o con la insistencia de que se pertenece a él. Hay preocupación persistente por el vestuario y por las actividades del género opuesto y repudio al propio. Para hacer este diagnóstico se requiere que exista una alteración profunda de la identidad del género normal. No son suficientes solamente los hábitos masculinos en las niñas o la conducta afeminada en los niños. Los trastornos de la identidad de género en personas que han llegado a la pubertad o que la están iniciando no deben clasificarse aquí, sino en F66.-.

Excluye: Orientación sexual egodistónica (F66.1)
Trastorno de la maduración sexual (F66.0)

Criterios Diagnósticos de Investigación

Para mujeres:

- A. Malestar intenso y persistente por el hecho de ser una niña, acompañado del deseo manifiesto de ser un niño (no simplemente motivado por las ventajas que la cultura particular de la paciente pueda permitir a los varones), o insistencia de que ella es un niño.
- B. Uno de los siguientes síntomas:
 - 1) Rechazo marcado y persistente hacia los atuendos femeninos habituales e insistencia en vestir ropas típicamente masculinas (ropa interior y otros accesorios, por ejemplo).
 - 2) Repudio persistente de las estructuras anatómicas femeninas, puesto de manifiesto por al menos uno de los síntomas siguientes:
 - a) Afirmación de que ella tiene, o que le crecerá, un pene.
 - b) Rechazo de la micción en posición sentada.
 - c) Afirmación de que no desea que le crezcan los pechos ni de tener menstruación.
- C. La niña no ha alcanzado aún la pubertad.
- D. El trastorno debe haber estado presente al menos durante seis meses.

Para varones:

- A. Malestar intenso y persistente por el hecho de ser varón, acompañado del deseo intenso de ser una niña o, más raramente, insistencia en que, en efecto, lo es.



- B. Uno de los siguientes síntomas:
- 1) Preocupación por actividades típicamente femeninas, puesta de manifiesto por una preferencia por vestir o simular atuendos femeninos o por un intenso deseo de participar en los juegos y pasatiempos de las niñas junto a un rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos.
 - 2) Repudio persistente de las estructuras anatómicas masculinas como se pone de manifiesto en al menos una de las siguientes afirmaciones reiteradas:
 - a) que él crecerá hasta convertirse en una mujer (no solamente en lo referente al papel de ésta);
 - b) que su pene y sus testículos son molestos o que desaparecerán;
 - c) que sería mejor no tener testículos ni pene.
- C. El niño no ha alcanzado aún la pubertad
- D. El trastorno debe haber estado presente durante al menos seis meses.

Anotación Latinoamericana

Incluye El síndrome del “sissy boy”

F64.8 Otros trastornos de la identidad de género, especificados

F64.9 Trastorno de la identidad de género no especificado

Incluye: Trastorno del rol del género sin especificación

F65 Trastornos de la Preferencia Sexual (Parafilias)

La inclinación y comportamiento sexuales están fuertemente determinados por la cultura y no existe una determinación absoluta de los límites entre lo que es normal y anormal. En general, siguen propósitos de reproducción y de la cristalización de vínculos de intimidad sancionados por la cultura respectiva y en el marco del respeto al bienestar y la seguridad de la pareja que comparte el acto sexual. En principio, el objeto generador de deseo e inductor de actividad sexual es otra persona madura, responsable, que elige libre y voluntariamente participar de la relación. Cuando esa persona es sustituida consistente y preferentemente por una parte de ella, por un objeto que la simbolice, por otro objeto sexual inadecuado (un cadáver o un animal, por ejemplo), por una persona inmadura (un niño, por ejemplo), o cuando la excitación sexual sólo se logre mediante prácticas que la gran mayoría de personas en el entorno cultural encontrarían anormales, repugnantes o censurables, es posible considerar la presencia de una parafilia.

Incluye: Parafilias

Criterios Diagnósticos de Investigación

- G1. Impulsos sexuales y fantasías de carácter recurrente e intenso que implican objetos y actividades inusuales.
- G2. Actúa de acuerdo a los impulsos o siente un marcado malestar a causa de estos.
- G3. La tendencia se ha presentado al menos durante seis meses.



Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR recomienda los siguientes como pautas para el diagnóstico y los sugiere como Criterios Diagnósticos de Investigación de esta categoría diagnóstica:

- G1. La relación sexual es de carácter morboso, ya sea porque el, objeto de las fantasías, los deseos y el comportamiento sexual del paciente no es una relación sexual con una persona sexualmente apta, básicamente normal, que interviene libre y voluntariamente en la relación, o porque la relación sexual tiene lugar en circunstancias, o de manera tal que resulta claramente aberrante.
- G2. El objeto sexual puede ser adecuado, pero la excitación sexual sólo la produce una parte de tal objeto, o requiere de prácticas aberrantes, que sustituyen el coito o son necesarias para que éste tenga lugar.
- G3. Estos impulsos llevan a un comportamiento sexual aberrante o son contenidos con gran dificultad, ocasionando un intenso malestar al paciente o a otras personas.
- G4. El trastorno ha estado presente por no menos de 6 meses.
- G5. No existen condiciones contextuales excepcionales que impidan un comportamiento sexual normal o que justifiquen su sustitución por prácticas inusuales (encarcelamiento, por ejemplo).
- G6. El trastorno no ocurre exclusivamente en el marco de un trastorno mental más amplio, como un cuadro esquizofrénico o un episodio maníaco.

Se sugiere que el término **Trastornos de la preferencia sexual** sea sustituido por el de **Parafilias**. Esta es una categoría altamente controversial. Se requiere actualizar las definiciones y establecer una clasificación que pueda usarse fácilmente y que pondere las implicaciones médico-legales de las categorías diagnósticas aquí descritas.

F65.0 Fetichismo

Dependencia de algún objeto inanimado que actúa como estímulo de la excitación y gratificación sexuales. Muchos fetiches son extensiones del cuerpo humano, tales como artículos de vestir o calzar. Otros objetos comunes de fetichismo son los que se caracterizan por su textura particular, como la goma, el plástico o el cuero. La importancia de los objetos fetiches es variable para la persona. En algunos casos, sirven sencillamente para realzar la excitación sexual, que es lograda mediante las formas usuales (por ejemplo, teniendo que usar la pareja sexual una prenda de vestir en particular).

Criterios Diagnósticos de Investigación:

- A. Se cumple el criterio general para los trastornos de la preferencia sexual F65.
- B. El fetiche (objeto inanimado) es la fuente más importante de estimulación sexual o es esencial para una respuesta sexual satisfactoria.



Anotación Latinoamericana

Se sugiere tomar en cuenta que, en ocasiones, el objeto fetiche puede ser una parte del cuerpo de la pareja sexual.

F65.1 Transvestismo fetichista

Uso de ropas del sexo opuesto principalmente con el fin de obtener excitación sexual. El transvestismo fetichista se distingue del transvestismo transexual por su evidente asociación con la excitación sexual y por el fuerte deseo de desprenderse del vestuario una vez que ocurre el orgasmo y que declina la excitación sexual. Puede tener lugar como fase más temprana en el desarrollo de un transexualismo.

Incluye: Fetichismo transvestista

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se cumple el criterio general para los trastornos de la preferencia sexual F65.
- B. El fetiche (objeto inanimado) es la fuente más importante de estimulación sexual o es esencial para una respuesta sexual satisfactoria.
- C. La inversión del vestir está íntimamente relacionada con el deseo sexual. Una vez que se alcanza el orgasmo y declina el deseo sexual, hay un intenso deseo de quitarse las ropas fetiches.

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR reconoce que en la práctica clínica, el criterio C resulta poco válido, por lo que sugiere considerarlos sólo marginalmente y con reserva en el proceso diagnóstico.

F65.2 Exhibicionismo

Tendencia recurrente y permanente a exhibir los genitales a extraños (habitualmente del sexo opuesto) o a personas que se hallan en lugares públicos, sin invitarlas ni intentar ningún contacto más íntimo con ellas. Habitualmente, pero no siempre, hay excitación sexual en el momento de la exposición, y la acción con frecuencia es seguida de masturbación.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se cumple el criterio general para los trastornos de la preferencia sexual F65.
- B. Inclínación recurrente o persistente a exponer por sorpresa los genitales a extraños (generalmente del sexo opuesto), casi siempre acompañado de excitación sexual y de masturbación.
- C. No hay intención de contacto sexual con el "testigo" y ni siquiera incitación.



Anotación Latinoamericana

En ocasiones, la excitación sexual la produce la respuesta de miedo o asombro que se espera despertar en el, o los “testigo(s)”; en otras, el paciente vive la excitante fantasía de provocar deseos sexuales en ellos.

A estos casos se les considera “ofensores”, y con frecuencia enfrentan la posibilidad de ser encarcelados por su conducta. Aunque el término tiene connotaciones peyorativas, parece ser el que mejor destaca la naturaleza del trastorno. Debe añadirse que este impulso es incoercible, puede contenerse por algún tiempo, pero a la larga es inevitable que el paciente sucumba a él, lo que es muy importante desde el punto de vista médico legal.

F65.3 Voyeurismo

Tendencia recurrente y permanente a observar a personas que realizan actos sexuales o íntimos, como el de desvestirse. Esto se lleva a cabo sin que la persona observada se dé cuenta y habitualmente produce excitación sexual y masturbación.

Incluye: Escoptofilia

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se cumple el criterio general para los trastornos de la preferencia sexual F65.
- B. Inclínación recurrente o persistente a mirar a personas realizando actividades sexuales o que están en situaciones íntimas tales como desnudándose, acompañada de excitación sexual y masturbación.
- C. El individuo no desea descubrir su presencia.
- D. No existe deseo de relación sexual con las personas observadas.

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR interpreta el criterio D como “Generalmente, el paciente no busca abordar sexualmente a la persona observada”. En algunos casos de pacientes con este trastorno se puede establecer, en efecto, el deseo o la fantasía sexualmente excitante de tener una relación sexual con la persona observada.

Para algunos expertos en sexualidad latinoamericanos, el concepto de voyeurismo y el de escoptofilia son diferentes. Algunos han recomendado incluir en la definición de este trastorno la fantasía de control sobre el objeto observado que muchos pacientes con este trastorno exhiben.

F65.4 Pedofilia

Preferencia sexual por los niños, de uno u otro sexo, o de ambos, por lo general de apariencia prepuberal.

Incluye: Paidofilia

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se cumple el criterio general para los trastornos de la preferencia sexual F65.



- B. Inclínación persistente o predominante hacia la actividad sexual con uno o más prepúberes.
- C. La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos cinco años mayor que los niños por los que se siente atraído.

Anotación Latinoamericana

Se recomienda que en la formulación de este diagnóstico, el clínico emplee cautela, especialmente en su aplicación a individuos menores de 18 años. En estos casos, debe considerarse la persistencia de la conducta a la luz de consecuencias sociales y legales para el individuo, su compulsividad, la diferencia en edad con la víctima y la apariencia corporal (prepuberal o no) del objeto preferido.

F65.5 Sadomasoquismo

Preferencia por una actividad sexual que implica infligir dolor, humillación o sometimiento. Si el paciente prefiere ser el receptor de tal estimulación, se le denomina masoquismo; si es el dador; se trata de sadismo. A menudo hay personas que obtienen excitación sexual tanto de actividades sádicas como masoquistas.

Incluye: Masoquismo
Sadismo

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Se cumple el criterio general para los trastornos de la preferencia sexual F65.
- B. Inclínación hacia un tipo de actividad sexual como receptor (masoquismo), como ejecutor (sadismo) o como ambas formas, que implica la presencia de al menos uno de los comportamientos siguientes:
 - 1) dolor;
 - 2) humillación;
 - 3) sojuzgación.
- C. La actividad sadomasoquista es la fuente más importante de estimulación sexual o es necesaria para la gratificación sexual.

Anotación Latinoamericana

En relación con el criterio B3, este manual sugiere sustituir el término sojuzgación por el de relación de dominación-sumisión.

F65.6 Trastornos múltiples de la preferencia sexual

A veces se da más de una preferencia sexual anormal en una persona, sin que predomine ninguna de ellas. La combinación más común es la de fetichismo con transvestismo y sadomasoquismo.

Criterios Diagnósticos de Investigación

La probabilidad de inclinaciones sexuales anormales en un individuo es mayor de lo esperado por azar. De acuerdo con los objetivos de la investigación



deben listarse los diferentes tipos de inclinación y su importancia relativa para el individuo. La combinación más frecuente es la de fetichismo, transvestismo y sadomasoquismo.

F65.8 Otros trastornos de la preferencia sexual, especificados

Una diversidad de otros rasgos de la actividad y de la preferencia sexual, tales como la realización de llamadas telefónicas obscenas, el frotarse contra otras personas para lograr estimulación sexual en lugares públicos atestados, la actividad sexual con animales, o el uso de la estrangulación o de la anoxia para intensificar la excitación sexual.

Incluye: Froteurismo
Necrofilia

Criterios Diagnósticos de Investigación

Pueden presentarse otras variedades de inclinaciones y actividades sexuales inusuales.

Se pueden incluir aquí actividades como las llamadas telefónicas obscenas, el frotarse con otras personas en lugares concurridos para obtener estimulación sexual (froteurismo), las actividades sexuales con animales, el uso del estrangulamiento o la anoxia para intensificar la excitación sexual o la preferencia por parejas sexuales con alguna anomalía física, tal como la amputación de una extremidad.

Las prácticas eróticas son demasiado variadas y algunas son demasiado extrañas o idiosincrásicas como para justificar un solo apartado para ellas. Tragar la orina, untarse con heces, o pinchar en el prepucio o los pezones pueden ser parte del repertorio sadomasoquista. Son comunes los rituales masturbatorios de diferentes tipos, pero las prácticas más extremas, como la introducción de objetos en el recto o en la uretra, o la autoestrangulación parcial, cuando sustituyen a los contactos sexuales ordinarios, constituyen una anomalía. La necrofilia se debe clasificar también en este apartado.

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR propone que los criterios generales de esta categoría incluyan la condición de que el comportamiento sexual inusual sustituya a la actividad sexual normal, o sea imprescindible para que esta ocurra.

En varones de procedencia rural, las relaciones sexuales con ciertos animales parecen constituir más bien un equivalente de la masturbación, y no necesariamente una parafilia, cuando éstas se presentan en ausencia de otras oportunidades de interacción sexual.

F65.9 Trastorno de la preferencia sexual no especificado

Incluye: Desviación sexual sin especificación



F66 Trastornos Psicológicos y del Comportamiento Asociados con el Desarrollo y la Orientación Sexuales

Nota: La orientación sexual por sí misma no debe ser considerada como un trastorno.

Criterios Diagnósticos de Investigación

Esta sección está destinada a abarcar aquellos tipos de problemas que se derivan de variaciones en el desarrollo o la orientación sexuales cuando la inclinación no es necesariamente problemática o anormal.

F66.0 Trastorno de la maduración sexual

El paciente sufre incertidumbre con respecto a su identidad de género o a su orientación sexual, lo cual le produce angustia y depresión. Esto ocurre más frecuentemente en adolescentes que no están seguros de tener orientación homosexual, heterosexual o bisexual, o en personas que, después de un periodo de orientación sexual aparentemente estable, a menudo con relaciones de larga duración, encuentran que su orientación sexual está cambiando.

Criterios Diagnósticos de Investigación

El enfermo padece una falta de claridad sobre su identidad genérica u orientación sexual, lo cual le produce ansiedad o depresión.

F66.1 Orientación sexual egodistónica

No existen dudas sobre la identidad de género, o la preferencia sexual (heterosexual, homosexual, bisexual, prepuberal o indefinida), pero el paciente desea que esto sea diferente por los trastornos psicológicos y del comportamiento asociados y puede solicitar tratamiento para cambiarla.

Criterios Diagnósticos de Investigación

La identidad genérica o la orientación y preferencia sexuales están claras, pero el individuo desearía que fueran diferentes.

F66.2 Trastorno de la relación sexual

La identidad o la orientación sexual (hetero, homo o bisexual) son responsables de dificultades en la construcción o en el mantenimiento de una relación con una pareja sexual.

Criterios Diagnósticos de Investigación

La identidad genérica o una anormalidad en la preferencia sexual es responsable de dificultades en la formación y mantenimiento de una relación de pareja.

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR cuestiona la validez de esta categoría tal y como está planteada por la CIE-10; sin embargo, la preserva para mantener su compatibilidad nosológica con aquella. Una propuesta para incrementar su utilidad clínica es mediante la inclusión de todas las causas potenciales de alterar el funcionamiento sexual de la pareja y no sólo aquellas que dependen de la



orientación sexual. Un ejemplo lo constituye el síndrome de pobre ajuste coital, en el cual no hay alteraciones en el funcionamiento sexual individual, pero la pareja no realiza una buena y satisfactoria relación sexual por características particulares a ella, lo cual incluye ausencia de destrezas sexuales, resistencias o temores individuales y diferencias significativas en las expectativas de cada uno sobre el coito. También la disparidad tiempo-frecuencia es uno de los motivos de consulta más frecuentes en la práctica clínica psiquiátrica sexológica.

F66.8 Otros trastornos del desarrollo psicosexual, especificados

F66.9 Trastorno del desarrollo psicosexual no especificado

F68 Otros Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento en Adultos

F68.0 Elaboración de síntomas físicos (o mentales) por causas psicológicas

Los síntomas físicos -compatibles con y originalmente debidos a un trastorno, a una enfermedad o a una incapacidad físicas confirmada- se tornan exagerados o se prolongan, debido al estado psicológico del paciente. Generalmente el paciente se angustia por su dolor o incapacidad, preocupación que a menudo puede ser justificada por la posibilidad de que sean progresivos o prolongados.

Incluye: Neurosis de compensación

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Presencia de síntomas somáticos debidos en su origen a un trastorno somático, enfermedad o incapacidad confirmados, que han sido exagerados o prolongados más allá de lo explicable por el trastorno somático en sí.
- B. Presencia de motivación psicológica para la acentuación de los síntomas, como por ejemplo, miedo manifiesto a la incapacidad o a la muerte, posibles compensaciones financieras, desacuerdo con el tipo de asistencia recibida, etc.

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR propone designar la categoría **Elaboración de Síntomas Físicos (o mentales) por Causas Psicológicas**, con el propósito de poder incluir aquí a aquellos pacientes que en lugar de la elaboración de síntomas físicos, o además de ellos, elaboran síntomas incapacitantes de naturaleza emocional, conductual o mental, sobre la base de trastornos morbosos de naturaleza psicológica y que cumplen, por lo demás, con las características generales de esta condición. Aquí la ganancia secundaria por la compensación económica que el paciente pueda recibir o por el soporte adicional del entorno es sólo una motivación marginal del trastorno y no su motivación primordial.

Por otro lado, advierte la importancia de distinguir esta categoría de la simulación (Z76.5, ver Capítulo XXI de la CIE-10) en la que las manifestaciones aquí descritas tienen como propósito la obtención consciente de ventajas materiales o el eludir responsabilidades o situaciones desagradables. También debe distinguirse de F68.1, producción intencional de síntomas o incapacidades tanto físicas como psicológicas (trastorno facticio).



F68.1 Producción intencional o simulación de síntomas o de incapacidades, tanto físicas como psicológicas (trastorno facticio)

El paciente finge síntomas repetidamente, por razones no obvias e, incluso, puede llegar a autoinfligirse daños, para generar síntomas o signos. La motivación es oscura y presumiblemente interna, orientada a adoptar el comportamiento de enfermo. A menudo se combina con severos trastornos de la personalidad y de las relaciones.

Incluye: Paciente peregrinador
Síndrome de Münchhausen
Síndrome del visitante de hospitales

Excluye: Persona que se finge enferma (con motivación obvia) (Z76.5)
Dermatitis facticia (L98.1)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Actitud persistente de creación intencionada o fingimiento de síntomas, o producción de lesiones a sí mismo con el objeto de generar síntomas clínicos.
- B. No hay evidencia de una causa externa, como podría ser la posibilidad de una compensación económica, evasión de alguna situación peligrosa, demanda de mayor atención médica, etc. Si estuviera presente una de estas circunstancias se debe usar el código correspondiente del capítulo Z (simulación).
- C. Criterio de exclusión más comúnmente usado: ausencia de una enfermedad somática u otro trastorno mental que pudieran explicar los síntomas.

F68.8 Otros trastornos especificados de la personalidad y de comportamiento en adultos

Incluye: Trastorno del carácter sin especificación
Trastorno de relación sin especificación

Criterios Diagnósticos de Investigación

Debe usarse para clasificar aquellos trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto que no se ajusten a los aparatos anteriores.

F69 Trastorno de la Personalidad y del Comportamiento en Adultos no Especificado

Criterios Diagnósticos de Investigación

Debe usarse sólo como último recurso, cuando se asume la existencia de un trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto pero se carece de la información necesaria para clasificarlo en alguno de los apartados específicos.



RETRASO MENTAL (F70-F79)

Índice de esta Sección

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F70	Retraso Mental Leve	302
F71	Retraso Mental Moderado	303
F72	Retraso Mental Grave	303
F73	Retraso Mental Profundo	303
F78	Otros Tipos de Retraso Mental	303
F79	Retraso Mental no Especificado	303

Cuarto dígito para indicar el grado de deterioro del comportamiento:

- F7x.0 Con alteración del comportamiento mínimo o ausente
- F7x.1 Con alteración del comportamiento importante que requiere atención o tratamiento
- F7x.8 Con otras alteraciones del comportamiento
- F7x.9 Sin alusión a la alteración del comportamiento



Anotación Latinoamericana

Es particularmente importante que el diagnóstico de todo paciente con retraso mental sea siempre multiaxial y en forma prioritaria en base a juicio clínico. Tal y como se propone en el esquema presentado en la Parte II, el diagnóstico debe cubrir las siguientes dimensiones, en el marco de los componentes y ejes propuestos por la formulación diagnóstica comprensiva de la GLADP-VR:

1. Grado de retraso mental
2. Causa
3. Déficit sensoriomotriz
4. Síndrome psiquiátrico asociado
5. Adaptación psicosocial
6. Factores contextuales
7. Calidad de vida

INTRODUCCIÓN A LA SECCIÓN

Estado de desarrollo mental incompleto o detenido y caracterizado especialmente por una alteración de las capacidades que se manifiestan durante la fase de desarrollo. Tales capacidades contribuyen al nivel global de la inteligencia e incluyen, por ejemplo, las funciones cognoscitivas, el lenguaje y las habilidades motrices o sociales. El retraso puede tener lugar con o sin otra alteración mental o física.

Los grados de retraso mental se estiman, de manera convencional, a través de exámenes de inteligencia estandarizados, que pueden complementarse con escalas que evalúan la adaptación social en un ambiente determinado. Estas mediciones brindan una aproximación al grado de retraso mental. El diagnóstico dependerá, también, de la evaluación general del funcionamiento intelectual realizada por un evaluador calificado.

Las habilidades intelectuales y la adaptación social pueden cambiar con el tiempo y, aunque sean pobres, pueden mejorarse como resultado del adiestramiento y la rehabilitación. El diagnóstico deberá basarse en los niveles actuales de funcionamiento.

Las siguientes subdivisiones de cuarto carácter se usan con las categorías F70-F79 para identificar el grado de alteración del comportamiento:

- .0 Alteración del comportamiento nula o mínima
- .1 Alteración del comportamiento significativa, que requiere atención o tratamiento
- .8 Otras alteraciones del comportamiento
- .9 Alteración del comportamiento de grado no especificado

Use códigos adicionales, si desea identificar otras alteraciones asociadas, tales como el autismo, otros trastornos del desarrollo, la epilepsia, los trastornos de la conducta o la invalidez física grave.



Criterios Diagnósticos de Investigación

No es posible especificar unos criterios diagnósticos de investigación del retraso mental que puedan ser aplicados internacionalmente, en el mismo sentido en que se ha hecho para los demás trastornos en el capítulo V (F). Esto se debe a que los dos componentes principales del retraso mental, el bajo rendimiento cognitivo y la competencia social disminuida, están profundamente influidos por el entorno social y cultural. Por lo tanto, aquí sólo se proporcionan normas muy generales sobre el diagnóstico.

1. Nivel de rendimientos cognitivos

Dependiendo de las normas culturales y de las expectativas de los sujetos, los investigadores deben decidir por sí mismos cómo estimar mejor el cociente intelectual o la edad mental de acuerdo con los rangos dados en F7.

Categoría	Retraso mental	CI	Edad mental en adultos
F70	Leve	50-69	9 a menos de 12 años
F71	Moderado	35-49	6 a menos de 9 años
F72	Grave	20-34	3 a menos de 6 años
F73	Profundo	< 20	menos de 3 años.

2. Nivel de competencia social

En la mayoría de las culturas europeas y americanas se recomienda emplear la Escala de Madurez Social de Vineland (Doll, 1965), si se considera apropiada (hacen falta versiones modificadas o escalas equivalentes para su uso en otras culturas).

Anotación Latinoamericana

El retraso mental (RM) es un metasíndrome; cientos de enfermedades y trastornos pueden dar origen a este síndrome que, sin embargo, ha ganado categoría de entidad nosológica debido, básicamente, a sus implicaciones sociales. Resulta, por tanto, de sustancial importancia en su diagnóstico la capacidad del individuo para satisfacer las expectativas que su entorno social le impone. Es por eso que el diagnóstico de RM debe basarse en una evaluación integral del paciente, en la que, a menos que esto resulte imposible, debe incluirse las pruebas de inteligencia, asegurándose de que:

- a) Tales pruebas estén debidamente estandarizadas;
- b) Sean aplicadas por un personal idóneo;
- c) Los factores capaces de distorsionar sus resultados hayan sido racionalmente excluidos.

Se recomienda:

Con fines investigativos:

1. Seguir las orientaciones de la CIE-10, lo cual puede implicar el desarrollo de instrumentos de medición *sui generis* (o adaptación de los ya existentes), en aquellos medios culturales para los cuales no resultan útiles las escalas internacionalmente utilizadas.



2. El resultado final debe basarse en la integración de los hallazgos clínicos y las pruebas aplicadas, debiendo descartarse de la muestra aquellos pacientes en quienes existan discrepancias entre ambas fuentes de información.

Para uso clínico:

1. Teniendo en cuenta que, como se ha explicado anteriormente, es posible que el clínico responsable de evaluar al paciente no cuente con los requisitos imprescindibles para aplicar de manera fiable pruebas de inteligencia, en la GLADP-VR se sugiere que se formule el diagnóstico de retraso mental basándose primero en la clínica, y luego en las pruebas psicológicas para reforzar el diagnóstico. Si no es posible disponer de pruebas psicológicas fiables, se aclarará en el enunciado que se trata de un diagnóstico presuntivo o provisional.
2. Las características evolutivas del retrasado mental -de acuerdo con el grado de retraso- del U.S. Department of Health, Education and Welfare, (ver adelante) debidamente interpretadas a la luz de las condiciones concretas en que se apliquen, pueden resultar de utilidad en la evaluación clínica del grado de retraso (citado por Acosta Nodal, 1975 y Otero, 2000).
3. El diagnóstico de retraso mental debe ser lo más integral y exacto posible (el término "No especificado" debe ser evitado siempre que sea posible y los factores nosogénicos sociales etc. incluidos en él).
4. Una aproximación diagnóstica es preferible a un "no especificado". Por ejemplo, es ampliamente conocido lo difícil que resulta en ocasiones formular un diagnóstico nosológico preciso; sin embargo, a veces está claro que el retraso es de causa congénita, postnatal, etc. En ese caso, sería más correcto formularlo de la siguiente manera: *Retraso mental ligero de causa prenatal*.
5. No deben ignorarse las categorías intermedias propuestas arriba.
6. Considerar en el diagnóstico diferencial el pseudoretardo por factores culturales (shock del migrante, el niño violentado y maltratado, el estigmatizado o excluido), secuelas del bocio, desnutrición y malnutrición, la intoxicación por plomo, la hipoacusia o problemas visuales. (Aneja & Grados, 2009; Castro, 2009b)
7. Debe tomarse en cuenta que niños en edad pre-escolar y escolar, que corresponden al grupo de Retraso Mental leve, asisten muchas veces a aulas con niños normales, yendo siempre a la zaga y dependiendo del entorno y condescendencia de los profesores su promoción escolar, cuando estos niños podrían beneficiarse de ayuda pedagógica especializada, sin la cual tendrán sufrimiento y no desarrollarán sus potencialidades.

F70 Retraso Mental Leve

Coficiente intelectual aproximado de 50 a 69 (en adultos, edad mental desde 9 hasta menos de 12 años). Es probable que determine dificultades leves en el aprendizaje en la escuela. Muchos adultos serán capaces de trabajar y de mantener buenas relaciones sociales y de contribuir a la sociedad.



F71 Retraso Mental Moderado

Coficiente intelectual aproximado de 35 a 49 (en adultos, edad mental de 6 hasta menos de 9 años). Es probable que determine algún marcado retraso del desarrollo en la niñez, pero la mayoría puede aprender a desarrollar algún grado de independencia en el cuidado personal y adquirir una comunicación y habilidades académicas adecuadas. Los adultos necesitarán de grados variables de apoyo para vivir y trabajar en la comunidad.

F72 Retraso Mental Grave

Coficiente intelectual aproximadamente de 20 a 34 (en adultos, edad mental desde 3 hasta menos de 6 años). Es probable que determine la necesidad de un apoyo constante.

F73 Retraso Mental Profundo

Coficiente intelectual inferior a 20 (en adultos, edad mental inferior a 3 años). Determina una grave limitación del cuidado personal, el control de los esfínteres, la comunicación y la movilidad.

Anotación Latinoamericana

En los grados de retraso mental grave y profundo, es necesaria una evaluación sistemática de los déficits sensoriales o motores que deben ser codificados y ser parte del diagnóstico y tratamiento. Se hace más importante añadir a la descripción de la merma cognoscitiva la habitual concomitancia de importantes limitaciones sensoriales o motrices, que acentúan el grado de minusvalía y que: a) deben ser también codificadas; y b) requieren solución o mejoría como parte (a veces fundamental) del tratamiento.

F78 Otros Tipos de Retraso Mental

F79 Retraso Mental de Grado no Especificado

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR sugiere emplear muy rara vez esta categoría (F79, Retraso mental de grado no especificado). La evaluación cuidadosa de cada paciente debe conducir, en la mayoría de los casos, a especificar el grado aproximado de la afectación.

Una división del RM (según su profundidad) en cuatro categorías (ligero a profundo) permite ubicar, con un razonable margen de seguridad, a la mayoría de los pacientes, pero no existe una línea de demarcación exacta entre los distintos grados de retraso, lo que, unido a la afectación desigual de las funciones, hace que, con alguna frecuencia, un paciente no se ajuste



exactamente a los indicadores que definen un nivel dado de retraso, sino que resulta mejor definido por una combinación de aquellos pertenecientes a dos categorías limítrofes.

El ubicar a esos pacientes en el saco de “grado no especificado,” no habla casi nada del estado del paciente, sus necesidades, derechos y responsabilidades, ya que la afectación puede ser desde ligera hasta grave o profunda. Si bien a veces colocar a un paciente en una categoría exacta puede resultar muy difícil o imposible, el rango aproximado de funcionamiento suele ser más fácil de establecer y, en ocasiones, “tipifica” mejor a un paciente que forzar su ubicación en un nivel determinado.

Con base en lo antes expuesto se sugiere que al diagnosticar un paciente, cuyo grado de retraso no se ajuste exactamente a ninguna de las categorías clásicas de ligero a profundo (incluyendo las categorías adicionales propuestas en este manual), se especifique en el enunciado el rango aproximado de la afectación.

Por ejemplo:

F79, Retraso mental de grado no especificado (probablemente, de ligero a moderado)

Anotación Latinoamericana

Por su utilidad clínica, se incluye aquí, de manera tabular, la descripción de las características evolutivas del paciente con retraso mental, de acuerdo con el grado de retraso, adaptadas del Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría.

Características evolutivas del paciente con retraso mental de acuerdo con el grado de retraso

GRADO DE RETRASO MENTAL: LIGERO (LEVE)	
<i>Periodo de desarrollo</i>	<i>Características evolutivas</i>
Edad pre-escolar: de 0 a 5.	Maduración y desarrollo. Puede desarrollar aptitudes sociales y de comunicación; hay un retardo mínimo sensorio-motor; a menudo no se distingue del sujeto normal hasta que es mayor.
Edad escolar: de 6 a 20.	Entrenamiento y educación. Puede lograr un aprendizaje académico hasta tener un nivel aproximado de séptimo grado hacia el final de la adolescencia; puede guiársele hacia la adaptación social.
Adultos: de 21 en adelante.	Competencia social y vocacional. Puede lograr capacidades sociales y vocacionales que le facilitan un mantenimiento propio, pero puede necesitar orientación y apoyo cuando se encuentra bajo especial presión social y económica.



GRADO DE RETRASO MENTAL: MODERADO

<i>Periodo de desarrollo</i>	<i>Características evolutivas</i>
Edad pre-escolar: de 0 a 5.	Maduración y desarrollo. Puede hablar y aprender a comunicarse, pero es torpe en sus relaciones sociales; presenta un desarrollo motor con frecuentes limitaciones; se beneficia del entrenamiento para su autoprotección y puede valerse con una supervisión moderada.
Edad escolar: de 6 a 20.	Entrenamiento y educación. Puede beneficiarse del entrenamiento social y ocupacional; no es probable que supere un nivel de cuarto grado en asignaturas académicas. Puede aprender a viajar solo en lugares conocidos.
Adultos: de 21 en adelante.	Competencia social y vocacional. Puede lograr mantenimiento propio como trabajador no calificado o semi-calificado en condiciones favorables. Necesita supervisión y orientación cuando está sujeto a ligera presión social y económica.

GRADO DE RETRASO MENTAL: GRAVE

<i>Periodo de desarrollo</i>	<i>Características evolutivas</i>
Edad pre-escolar: de 0 a 5.	Maduración y desarrollo. Hay un desarrollo motor pobre; el lenguaje es mínimo; no es generalmente capaz de beneficiarse del entrenamiento encaminado a que sea capaz de valerse por sí mismo; hay poca o ninguna capacidad de comunicación.
Edad escolar: de 6 a 20.	Entrenamiento y educación. Puede hablar o aprender a comunicarse, adquirir hábitos de aseo o higiene y beneficiarse del entrenamiento sistemático para la formación de hábitos.
Adultos: de 21 en adelante.	Competencia social y vocacional. Puede contribuir parcialmente a su propio mantenimiento con una total supervisión; puede desarrollar capacidad de autoprotección, a un nivel mínimo útil, en un medio controlado.

GRADO DE RETRASO MENTAL: PROFUNDO

<i>Periodo de desarrollo</i>	<i>Características evolutivas</i>
Edad pre-escolar: de 0 a 5.	Maduración y desarrollo. Retraso grosero, capacidad mínima de funcionamiento en áreas sensorio-motoras; necesita ser cuidado.
Edad escolar: de 6 a 20.	Entrenamiento y educación. Hay algún desarrollo motor; puede responder a un entrenamiento mínimo o limitado en cuanto a valerse por sí mismo.
Adultos: de 21 en adelante.	Competencia social y vocacional. Capaz de algún desarrollo motor y del lenguaje; logra valerse por sí mismo de modo muy limitado y necesita ser cuidado.



TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO (F80-F89)

Índice de esta Sección

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F80	Trastornos Específicos del Desarrollo del Habla y del Lenguaje	308
F80.0	Trastorno específico de la pronunciación	309
F80.1	Trastorno del lenguaje expresivo	310
F80.2	Trastorno de la recepción del lenguaje	311
F80.3	Afasia adquirida con epilepsia (Landau-Kleffner)	312
F80.8	Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje, especificados	313
F80.9	Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado	313
F81	Trastornos Específicos del Desarrollo de las Habilidades Escolares	313
F81.0	Trastorno específico de la lectura	314
F81.1	Trastorno específico del deletreo (ortografía)	315
F81.2	Trastorno específico de las habilidades aritméticas	316
F81.3	Trastorno mixto de las habilidades escolares	317
F81.8	Otros trastornos del desarrollo de las habilidades escolares, especificados	317
F81.9	Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares no especificado	317
F82	Trastorno Específico del Desarrollo de la Función Motriz	318
F83	Trastornos Específicos Mixtos del Desarrollo	318
F84	Trastornos Generalizados del Desarrollo	319
F84.0	Autismo en la niñez	320
F84.1	Autismo atípico	322
F84.2	Síndrome de Rett	324
F84.3	Otro trastorno desintegrativo de la niñez	325
F84.4	Trastorno hiperactivo asociado con retraso mental y movimientos estereotipados	326
F84.5	Síndrome de Asperger	328
F84.8	Otros trastornos generalizados del desarrollo, especificados	328
F84.9	Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	328
F88	Otros Trastornos del Desarrollo Psicológico	329
F89	Trastorno del Desarrollo Psicológico no Especificado	329



INTRODUCCIÓN A LA SECCIÓN

Los trastornos incluidos en este grupo tienen en común lo siguiente: a) comienzan invariablemente durante la infancia o la niñez; b) hay menoscabo o retardo del desarrollo de funciones estrechamente relacionadas con la maduración biológica del sistema nervioso central; c) son de curso progresivo, sin remisiones ni recaídas. En la mayoría de los casos las funciones afectadas abarcan al lenguaje, las habilidades viso-espaciales y la coordinación motriz. Por lo común, el retraso o el menoscabo de tales funciones se hacen evidentes tan pronto como se los puede detectar en forma confiable y disminuyen progresivamente a medida que los niños crecen, aunque a menudo se mantienen déficits leves durante la vida adulta.

Anotación Latinoamericana

En países industrializados o en ambientes clínicos en los que se dispone de ellas, las pruebas sistematizadas y estandarizadas del nivel de desarrollo de las funciones relacionadas con el lenguaje, la motricidad y el aprendizaje constituyen el criterio fundamental para formular estos diagnósticos. Es obvio que en muchos países de América Latina este no es el caso. En tal situación, el clínico debe considerar, primero, que las pruebas a utilizar (si se dispone de ellas) sean adecuadamente adaptadas y estandarizadas para el contexto cultural del paciente evaluado; y segundo, que si no se dispone de tales pruebas, la anormalidad en el desarrollo se aparte considerablemente de lo que es la norma para sujetos de la edad y nivel intelectual dentro del contexto cultural del paciente.

F80 Trastornos Específicos del Desarrollo del Habla y del Lenguaje

Son trastornos en los cuales las formas normales de la adquisición del lenguaje se encuentran perturbadas desde etapas tempranas del desarrollo. Estos estados no son directamente atribuibles a anormalidades neurológicas o de los mecanismos del habla, daños sensoriales, retraso mental o factores ambientales. Los trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje son seguidos a menudo por problemas asociados, como dificultades en la lectura y en la ortografía, anormalidades en las relaciones interpersonales y trastornos emocionales y de la conducta.

Anotación Latinoamericana

Estos trastornos, considerados primarios, pues su causalidad no puede asociarse a ningún otro trastorno identificable, suelen ser atendidos primariamente por especialistas como foniatras, logopedas, fonoaudiólogos o terapeutas del habla, antes que por psicólogos o psiquiatras. Sin embargo, se incluyen aquí por su frecuente asociación con alteraciones secundarias o concomitantes de las emociones y el comportamiento. El clínico debe estar advertido de las diferencias que se dan en la terminología empleada por los sistemas internacionales de clasificación y la literatura especializada, por lo que se recomienda revisar cuidadosamente los términos que cada categoría incluye y excluye. Debido a que no existe consenso respecto del mejor modelo para describir los procesos de adquisición de las capacidades de comunicación, la organización taxonómica de sus trastornos aquí propuesta no representa



la única clínicamente útil y, por lo tanto, es susceptible de modificarse y de mejorarse en el futuro.

Tanto o más que en otras áreas de la clínica, la evaluación y formulación competente de los trastornos de esta sección requieren un conocimiento adecuado de los procesos de desarrollo de estas funciones en el niño pequeño y el pre-escolar, para poder identificar sus menoscabos, déficits o desviaciones cualitativas. Asimismo, la evaluación de estos trastornos debe incluir el nivel de desarrollo del lenguaje, la tasa de velocidad del habla, los fonemas afectados y el examen físico, incluidas audiometrías y potenciales evocados (Castro, 2009c).

La GLADP-VR advierte una inconsistencia taxonómica importante al incluir F80.0, Trastorno específico de la pronunciación (que incluye la dislalia) como una subcategoría de F80, Trastorno específico del desarrollo del habla y el lenguaje, en cuya descripción se señala que “estos estados no son directamente atribuibles a anomalías neurológicas o de los mecanismos del habla”. La dislalia, incluida en F80.0, es en efecto “un trastorno del habla que se da a nivel del proceso motor básico de la articulación y que afecta la emisión de uno o más fonemas en forma permanente y sistemática” (Grez, 2000), lo que la haría incompatible con los criterios generales de F80. Esta inconsistencia, que se preserva aquí para mantener la compatibilidad con la CIE-10, debe corregirse en versiones sucesivas de este Manual.

Otra inconsistencia taxonómica, que debe corregirse en versiones sucesivas de esta manual, es la no inclusión en esta sección de trastornos también primarios y específicos del habla, como el tartamudeo (F98.5) y el farfullero, taquifemia o tartaleo (F98.6).

F80.0 Trastorno específico de la pronunciación

Trastorno específico del desarrollo, en el cual la utilización que el niño hace de los sonidos del habla está por debajo del nivel adecuado para su edad mental, aunque sin embargo hay un nivel normal de habilidades en el lenguaje.

Incluye: Dislalia

- Lambdacismo (lalación)
- Paralambdacismo
- Sigmatismo
- Gammacismo
- Trastorno del desarrollo fonológico
- Trastorno del desarrollo de la pronunciación
- Trastorno funcional de la pronunciación
- Dispraxia del desarrollo del habla

Excluye: Deterioro de la pronunciación (debido a):

- afasia sin especificación (R47.0)
- apraxia (R48.2)
- pérdida de audición (H90-H91)
- retraso mental (F70-F79)
- con trastorno del desarrollo del lenguaje:
 - expresivo (F80. 1)
 - receptivo (F80.2)



Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Capacidad de articulación del lenguaje medida con una prueba estandarizada por debajo de 2 desviaciones estándar para la edad cronológica del niño.
- B. Capacidad de articulación de al menos una desviación estándar por debajo del CI no verbal medido con una prueba estandarizada.
- C. Expresión y comprensión del lenguaje, medida en un test estandarizado, dentro del rango de 2 desviaciones estándar para la edad del niño.
- D. Ausencia de déficits neurológicos, sensoriales o somáticos, que afecten directamente a la pronunciación.
- E. Criterio de exclusión utilizado con frecuencia: CI no verbal por debajo de 70 medido en una prueba estandarizada.

Anotación Latinoamericana

Ver anotaciones para Introducción a la Sección y para F80.

Clínicamente, este trastorno, cuya denominación más correcta sería Trastorno del desarrollo fonológico, se manifiesta por la presencia, de manera primaria, consistente e inapropiada para el nivel de desarrollo del paciente, de errores en la producción de sonidos del habla, no explicables por las formas de producción verbal culturalmente aceptadas en su entorno. Esto incluye, aunque no se limita a: la sustitución incorrecta de un sonido por otro (p. ej., “l” por “r”, “calo” por “carro”), la distorsión de sonidos (“casha” por “casa”) o la omisión de sonidos (p. ej., una consonante en mitad de una sílaba [“pato” por “plato”] o al final de una palabra [“avió” por “avión”]). Puede incluir también errores en la selección y ordenamiento de los sonidos dentro de una sílaba o de los fonemas dentro de una palabra (p. ej., “tago” por “gato”. En los casos graves, la inteligibilidad del discurso del paciente suele estar comprometida.

F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo

Trastorno específico del desarrollo en el cual la capacidad del niño para expresar el lenguaje hablado se encuentra notoriamente por debajo del nivel adecuado para su edad mental, pero la comprensión del lenguaje se halla dentro de límites normales. Puede o no haber anomalías de la pronunciación.

Incluye: Disfasia o afasia del desarrollo, de tipo expresivo

Excluye: Afasia adquirida con epilepsia (Landau-Kleffner) (F80.3)
 Disfasia o afasia del desarrollo, de tipo receptivo (F80.2)
 Disfasia y afasia sin especificación (R47.0)
 Mutismo electivo (F94.0)
 Retraso mental (F70-F79)
 Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Capacidad de expresión del lenguaje medida con una prueba estandarizada por debajo de 2 desviaciones estándar para la edad cronológica del niño.



- B. Capacidad de expresión del lenguaje de al menos una desviación estándar por debajo del CI no verbal medido en una prueba estandarizada.
- C. Capacidad de comprensión del lenguaje, medida en un test estandarizado dentro del rango de 2 desviaciones estándar para la edad del niño.
- D. Utilización y comprensión de la comunicación y funciones no verbales del lenguaje dentro de un rango normal.
- E. Ausencia de déficits neurológicos, sensoriales o somáticos, que afecten directamente a la expresión del lenguaje o de un trastorno generalizado del desarrollo (F84.-).
- F. Criterios de exclusión frecuente: CI no verbal inferior a 70 medido en una prueba estandarizada.

Anotación Latinoamericana

Las características clínicas de este trastorno dependen de su gravedad y de la edad del niño afectado y pueden incluir la presencia primaria, consistente e inapropiada para el nivel de desarrollo del paciente, de un vocabulario muy limitado, acompañado de errores en la evocación y utilización de palabras para denominar objetos o acciones. También se suele ver alteraciones en la estructuración gramatical del lenguaje expresivo, tales como la omisión de palabras críticas dentro de la oración o el uso de un orden peculiar e idiosincrásico de las palabras. En la historia de desarrollo de estos niños, con frecuencia se encuentra que empezaron a hablar tardíamente y que progresaron lentamente a lo largo de las diversas etapas de su desarrollo lingüístico.

La evaluación sistemática de las habilidades lingüísticas debe tomar en cuenta los factores culturales y contextuales del paciente. Aspectos tales como migración reciente, bilingüismo y la utilización de pruebas adecuadamente validadas para el grupo de referencia del paciente deben ser cuidadosamente consideradas.

F80.2 Trastorno de la recepción del lenguaje

Trastorno específico del desarrollo en el cual la comprensión que el niño tiene del lenguaje se halla por debajo del nivel adecuado para su edad mental. Prácticamente en todos los casos la expresión del lenguaje se encuentra también notablemente deteriorada, y son frecuentes las anomalías en la producción del sonido de las palabras.

Incluye: Afasia del desarrollo, de Wernicke
 Afasia o disfasia del desarrollo, de tipo receptivo
 Falta de percepción auditiva, congénita
 Sordera a las palabras

Excluye: Afasia adquirida con epilepsia (Landau-Kleffner) (F80.3)
 Autismo (F84.0-F84.1)
 Disfasia o afasia de tipo expresivo (F80.1)
 Disfasia o afasia sin especificación (R47.0)
 Mutismo electivo (F94.0)
 Retardo del lenguaje secundario a sordera (H90-H91)
 Retraso mental (F70-F79)



Criterios Diagnósticos de Investigación

Nota: También conocido como trastorno mixto expresión comprensión.

- A. Capacidad de comprensión del lenguaje medida con una prueba estandarizada por debajo de 2 desviaciones estándar para la edad cronológica del niño.
- B. Capacidad de comprensión al menos de una desviación estándar por debajo del CI no verbal medido con una prueba estandarizada.
- C. Ausencia de déficits neurológicos, sensoriales o somáticos que afecten directamente la comprensión del lenguaje, o de un trastorno generalizado del desarrollo (F84.-).
- D. Criterio de exclusión frecuente: CI no verbal inferior a 70, medido con una prueba estandarizada.

Anotación Latinoamericana

Este trastorno no suele presentarse aislado pues, casi invariablemente, se acompaña de un desarrollo menoscabado de las funciones del lenguaje expresivo (ver F80.1), por lo que su designación más correcta sería Trastorno mixto de la comprensión y expresión del lenguaje.

Clínicamente, se caracteriza por la presencia primaria, consistente e inapropiada para el nivel de desarrollo del niño de dificultades en entender palabras, oraciones o tipos específicos de palabras o expresiones (palabras relacionadas con el tiempo o expresiones de causa-efecto, por ejemplo). En casos más graves, puede observarse dificultad en la comprensión de un vocabulario básico o de oraciones simples, así como dificultades en el procesamiento auditivo de sonidos, su almacenaje, evocación y su asociación con sus símbolos respectivos, se trate ya de lenguaje escrito o de lenguaje por signos.

F80.3 Afasia adquirida con epilepsia (Landau-Kleffner)

Trastorno en el cual el niño, que ha realizado previamente un progreso normal en el desarrollo del lenguaje, pierde las habilidades tanto receptivas como expresivas del lenguaje, aunque conserva la inteligencia general. El comienzo de este trastorno se acompaña de anomalías paroxísticas en el electroencefalograma y, en la mayoría de los casos, también hay convulsiones epilépticas. Habitualmente comienza entre los 3 y los 7 años de edad, y las habilidades se pierden en un lapso de días o de semanas. La relación temporal entre el comienzo de las convulsiones y la pérdida del lenguaje es variable, y la una precede a la otra (en cualquier orden) por un período que va de unos pocos meses a dos años. En la etiología se sugiere la posibilidad de un proceso inflamatorio del encéfalo. Alrededor de los dos tercios de los niños que lo sufren quedan con un déficit receptivo del lenguaje más o menos grave.

Excluye: Afasia (debida a):

- Sin especificación (R47.0)
- autismo (F84.0-F84.1)
- trastornos desintegrativos de la infancia (F84.2-F84.3)



Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Pérdida grave del lenguaje expresivo y receptivo en el curso de un lapso no superior a seis meses.
- B. Desarrollo normal del lenguaje anterior a dicha pérdida.
- C. Anomalías en el EEG de tipo paroxístico presentes en uno o ambos lóbulos temporales, las cuales se manifiestan en el período comprendido desde dos años antes a dos años después de la pérdida del lenguaje.
- D. Función auditiva dentro de la normalidad.
- E. El nivel de inteligencia no verbal permanece dentro de los límites normales.
- F. Ausencia de trastornos neurológicos, a excepción de las anomalías en el EEG y la posible presencia de crisis convulsivas.
- G. El trastorno no satisface los criterios para un trastorno generalizado del desarrollo (F84).

F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje

Incluye: Ceceo

F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado

Incluye: Trastornos del lenguaje sin especificación

Criterios Diagnósticos de Investigación

Esta categoría debe evitarse en lo posible y ser reservada para aquellos trastornos sin especificar en los que exista una alteración significativa en el desarrollo del lenguaje y el habla que no pueda ser explicada por un retraso mental o por alteraciones neurológicas, sensoriales o somáticas que afectan directamente al habla o al lenguaje

F81 Trastornos Específicos del Desarrollo de las Habilidades Escolares

Son trastornos en los cuales se hallan deterioradas las pautas normales de la adquisición de habilidades, desde etapas tempranas del desarrollo. Esto no es una simple consecuencia de la falta de oportunidades para aprender. Tampoco es producto de un retraso mental exclusivamente, ni es causado por ningún tipo de trauma o de enfermedad cerebral adquiridos.

Anotación Latinoamericana

En sitios donde se dispone de ellas, las pruebas estandarizadas e individualmente administradas de rendimiento en lectura, escritura y matemáticas ofrecen la base para el diagnóstico de estos trastornos. Típicamente, se utiliza el nivel de inteligencia como marco de referencia y un criterio estadístico (un déficit de al menos 2 desviaciones estándar entre el puntaje en la prueba específica de la función escolar y el esperable según el CI del paciente y su edad cronológica) para demarcar la línea divisoria entre un desarrollo normal y otro menoscabado de tales funciones.



El contexto escolar y cultural del paciente, así como la utilización de pruebas validadas para dichos contextos deben ser cuidadosamente considerados cuando se interpreta los resultados de la evaluación de pacientes con estos trastornos. Esto es de especial importancia cuando se evalúa a personas que han migrado de América Latina a otros países y cuando los evaluadores puedan no estar adecuadamente familiarizados con la cultura del paciente. El bilingüismo no se considera una causa *per se* de estos problemas y más bien se relaciona a otros aspectos culturales (Castro, 2001, 2009a). Si es pertinente, se sugiere considerar en la formulación diagnóstica la presencia de disfuncionalidad familiar extrema, los trastornos derivados de la utilización excesiva o adictiva de las nuevas tecnologías de la comunicación y los síndromes resultantes de la violencia o maltrato hacia el (la) niño(a) (Castro, 2010).

F81.0 Trastorno específico de la lectura

Su característica principal es un menoscabo específico y significativo del desarrollo de las habilidades de la lectura, que no puede ser atribuido exclusivamente a la edad mental, problemas de agudeza visual, o a una enseñanza inadecuada. Pueden alterarse la habilidad para comprender la lectura, la capacidad para reconocer palabras escritas (mediante la lectura), la habilidad para la lectura oral y el desempeño de tareas que requieren lectura. Con el trastorno específico de la lectura se asocian con frecuencia dificultades en la ortografía, las cuales subsisten a menudo hasta la adolescencia, incluso después de haberse realizado algún progreso en la lectura. Los trastornos específicos del desarrollo de la lectura son precedidos generalmente por una historia de trastornos del desarrollo del habla o del lenguaje. Son frecuentes las perturbaciones emocionales y de la conducta concomitantes, durante la edad escolar.

Incluye: Dislexia del desarrollo
Lectura “hacia atrás”
Retraso específico de la lectura

Excluye: Alexia sin especificación (R48.0)
Dificultades para la lectura secundarias a trastornos emocionales (F93.-)
Dislexia sin especificación (R48.0)

Criterios Diagnósticos de Investigación

A. Presencia de uno de los siguientes criterios:

- 1) Rendimientos en las pruebas de precisión o comprensión de la lectura de por lo menos 2 desviaciones típicas por debajo del nivel esperable en función de la edad cronológica del niño y su nivel de inteligencia. Tanto la capacidad para la lectura como el CI deben ser evaluados mediante una prueba individual estandarizada para la cultura y el sistema educativo del niño.
- 2) Antecedentes de graves dificultades para la lectura, o bien de puntuaciones bajas en las pruebas a que se refiere el criterio A 1), a una edad más temprana y, además, una puntuación en las pruebas de ortografía por lo menos 2 desviaciones típicas por debajo del nivel esperable de acuerdo con la edad cronológica y nivel de inteligencia del niño.

B. La alteración de A interfiere significativamente con los resultados académicos y con las actividades diarias que requieren de la lectura.



- C. No debido directamente a un defecto visual o auditivo o a un trastorno neurológico.
- D. Escolarización y educación han sido normales (es decir, la escolarización ha sido razonablemente adecuada).
- E. Criterio de exclusión frecuente: CI por debajo de 70 en una prueba estandarizada.

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR sugiere interpretar con cautela el criterio E, que aquí se ha mantenido para preservar la compatibilidad de este manual con la CIE-10. En el diagnóstico de esta condición debe prevalecer el criterio general (criterio A1) que indica que la función específica de la lectura debe estar considerablemente (2 desviaciones estándar) por debajo de lo esperable para el CI y la edad del paciente. Esto quiere decir que es concebible el diagnóstico de Trastorno específico de la lectura en presencia de un retraso mental, lo que haría el criterio E completamente inoperante.

F81.1 Trastorno específico del deletreo (ortografía)

Este es un trastorno cuya característica principal es un déficit específico y significativo en el desarrollo de las habilidades para deletrear, en ausencia de una historia de trastorno específico de la lectura. El trastorno no es exclusivamente atribuible a una baja edad mental, problemas de agudeza visual o una enseñanza inadecuada. Se halla afectada la habilidad para deletrear y para escribir correctamente cada palabra.

Incluye: Retraso específico de la ortografía (sin trastorno de la lectura).

Excluye: Agrafía sin especificación

Dificultades con el deletreo [ortografía]:

- . asociadas con un trastorno de la lectura (F81.0)
- . debidas a enseñanza inadecuada (Z55.8)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Una puntuación obtenida mediante una prueba estandarizada de ortografía que está por lo menos 2 desviaciones típicas por debajo del nivel esperable, de acuerdo con la edad cronológica del niño y su nivel de inteligencia.
- B. Rendimiento en la precisión de la lectura, comprensión y cálculo dentro de límites normales (+/- 2 desviaciones típicas respecto de la media).
- C. No hay antecedentes de dificultades significativas para la lectura.
- D. Escolarización y educación dentro de límites normales (es decir, la escolarización ha sido razonablemente adecuada).
- E. Las dificultades ortográficas aparecen desde los estadios precoces del aprendizaje de la ortografía.
- F. La alteración en A interfiere significativamente con los resultados académicos y las actividades diarias que requieren calidad ortográfica.
- G. Criterio de exclusión frecuente: CI por debajo de 70 en una prueba estandarizada.



Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR sugiere interpretar con cautela el criterio G, que aquí se ha mantenido para preservar la compatibilidad de este manual con la CIE-10. En el diagnóstico de esta condición debe prevalecer el criterio general (criterio A) que indica que la función específica del deletreo [ortografía] debe estar considerablemente (2 desviaciones estándar) por debajo de lo esperable para el CI y la edad del paciente. Esto quiere decir que es concebible el diagnóstico de Trastorno específico del deletreo [ortografía] en presencia de un retraso mental, lo que haría el criterio G completamente inoperante.

F81.2 Trastorno específico de las habilidades aritméticas

Este trastorno implica un déficit específico y significativo en las habilidades aritméticas, que no es exclusivamente explicable por la presencia de un retraso mental generalizado o por una enseñanza inadecuada. El déficit afecta al dominio de las habilidades elementales para la adición, sustracción, multiplicación y división antes que al de las habilidades matemáticas más abstractas, concernientes al álgebra, la trigonometría, la geometría o el cálculo.

Incluye: Acalculia del desarrollo

Síndrome del desarrollo de Gerstmann

Trastorno (del aprendizaje) aritmético del desarrollo

Excluye: Acalculia sin especificación (R48.8)

Dificultades aritméticas:

- asociadas con un trastorno de la lectura o del deletreo (ortografía) (F81.3)
- debidas a enseñanza inadecuada (Z55.8)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Una puntuación obtenida mediante una prueba estandarizada de cálculo que está por lo menos 2 desviaciones típicas por debajo del nivel esperable de acuerdo con la edad cronológica del niño y su nivel de inteligencia.
- B. Unos rendimientos en precisión de la lectura, comprensión y cálculo dentro de límites normales (+/- 2 desviaciones típicas respecto de la media).
- C. No existen antecedentes de problemas ortográficos significativos o para la lectura.
- D. Escolarización y educación normales (es decir, la escolarización no ha sido notoriamente inadecuada).
- E. Las dificultades para el cálculo están presentes desde los estadios precoces del aprendizaje.
- F. La alteración en A interfiere significativamente con los resultados académicos y con las actividades diarias que requieren el uso del cálculo.
- G. Criterio de exclusión frecuente: CI inferior a 70 en una prueba estandarizada.



Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR sugiere interpretar con cautela el criterio G, que aquí se ha mantenido para preservar la compatibilidad de este manual con la CIE-10. En el diagnóstico de esta condición debe prevalecer el criterio general (criterio A) que indica que la función específica de las habilidades aritméticas debe estar considerablemente (2 desviaciones estándar) por debajo de lo esperable para el CI y la edad del paciente. Esto quiere decir que es concebible el diagnóstico de Trastorno específico de las habilidades aritméticas en presencia de un retraso mental, lo que haría el criterio G completamente inoperante.

F81.3 Trastorno mixto de las habilidades escolares

Esta es una categoría residual mal definida en la que el déficit significativo en el desarrollo de las habilidades aritméticas se combina con un déficit en el desarrollo de las habilidades de la lectura o de la ortografía, y en la que tales menoscabos no se pueden explicar en términos de retraso mental generalizado o de una escolarización inadecuada. Debe ser usada para los trastornos que cumplan con los criterios para F81.2, junto con F81.0 o F81.1.

Incluye: Trastorno específico del cálculo

Excluye: Trastorno específico:

- del deletreo [ortografía] (F81.1)
- de las habilidades aritméticas (F81.2)
- de la lectura (F81.0)

Criterios Diagnósticos de Investigación**Anotación Latinoamericana**

La GLADP-VR propone los siguientes Criterios Diagnósticos de Investigación:

- A. Se cumplen los criterios diagnósticos para F81.2, Trastorno específico de las habilidades aritméticas, junto con los de F81.0, Trastorno específico de la lectura, o F81.1, Trastorno específico del deletreo [ortografía].
- B. La presencia o magnitud del trastorno no puede ser atribuida a la presencia de retraso mental, pobre escolarización o a otro trastorno somático o mental codificable en sí mismo.

F81.8 Otros trastornos especificados del desarrollo de las habilidades escolares

Incluye: Trastorno del desarrollo de la expresión escrita

F81.9 Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares no especificado

Incluye: Incapacidad para adquirir conocimientos sin especificación

Incapacidad para el aprendizaje sin especificación

Trastorno del aprendizaje sin especificación



Criterios Diagnósticos de Investigación

Deberá evitarse en lo posible esta categoría, y reservarse para aquellos trastornos específicos en los que existe una alteración significativa del aprendizaje no debida a retraso mental, problemas auditivos o visuales o a escolarización inadecuada.

F82 Trastorno Específico del Desarrollo de la Función Motriz

Es un trastorno cuya característica principal consiste en un notable deterioro del desarrollo de la coordinación motriz, que no es exclusivamente explicable en términos de un retraso mental, ni por la presencia de un trastorno neurológico específico congénito o adquirido. Sin embargo, un examen clínico cuidadoso demuestra, en la mayoría de los casos, la presencia de inmadurez marcada del desarrollo neurológico, con síntomas tales como movimientos coreiformes de las extremidades sin apoyo, movimientos en espejo y otras alteraciones motrices asociadas, así como signos de deterioro de las coordinaciones motrices fina y gruesa.

Incluye: Dispraxia del desarrollo
Síndrome del niño torpe
Trastorno del desarrollo de la coordinación

Excluye: Anormalidades de la marcha y de la movilidad (R26.-)
Falta de coordinación (R27.-)
• secundaria a retraso mental (F70-F79)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Un rendimiento obtenido mediante una prueba estandarizada de coordinación de movimientos que se halla por lo menos 2 desviaciones típicas por debajo del nivel esperable y para la edad cronológica del niño.
- B. La alteración en A interfiere significativamente con el rendimiento escolar y la actividad diaria.
- C. Ausencia de trastorno neurológico.
- D. Criterio de exclusión frecuente: CI inferior a 70 en una prueba estandarizada.

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR sugiere interpretar con cautela el criterio D, que aquí se ha mantenido para preservar la compatibilidad de este manual con la CIE-10. En el diagnóstico de esta condición debe prevalecer el criterio general (criterio A) que indica que la función específica de la motricidad debe estar considerablemente (2 desviaciones estándar) por debajo de lo esperable para el CI y la edad del paciente. Esto quiere decir que es concebible el diagnóstico de Trastorno específico de la motricidad en presencia de un retraso mental, lo que haría el criterio D completamente inoperante.

F83 Trastornos Específicos Mixtos del Desarrollo

Esta es una categoría residual para los trastornos en los cuales hay cierta mezcla de trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje, las habilidades escolares



y la función motriz, pero sin que ninguno de ellos predomine en grado suficiente como para constituir el diagnóstico principal. Esta categoría mixta debe ser usada sólo cuando hay una gran superposición de todos estos trastornos específicos del desarrollo. Habitualmente, pero no siempre, se asocian con algún grado de deterioro intelectual general de las funciones cognitivas. De aquí que deba ser utilizada cuando se dan disfunciones que cumplen con los criterios de dos o más categorías en F80.-, F81.- y F82.

Criterios Diagnósticos de Investigación

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR propone los siguientes Criterios Diagnósticos de Investigación:

- A. El trastorno satisface los criterios diagnósticos de al menos dos de las siguientes categorías: F80.- (Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje), F81.- (Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares), y -F82 (Trastorno específico del desarrollo de la función motriz).
- B. Los síntomas de ninguna de ellas son predominantes en el cuadro clínico.
- C. La presencia o magnitud del trastorno no puede ser atribuida a la presencia de otro trastorno somático o mental codificable en sí mismo.

Por su importancia epidemiológica y de salud pública (asignación de recursos para programas específicos de prevención o tratamiento), en la GLADP-VR se sugiere a los usuarios que, cuando utilicen esta subcategoría diagnóstica, señalen, además, de preferencia con sus códigos respectivos, todos los trastornos específicos de desarrollo que constituyen el trastorno mixto en el paciente bajo consideración diagnóstica. Por ejemplo:

Diagnóstico principal:

F83 Trastornos específicos mixtos del desarrollo

Diagnósticos secundarios:

F82 Trastorno específico del desarrollo de la función motriz

F81.2 Trastorno específico de las habilidades aritméticas

F84 Trastornos Generalizados del Desarrollo

Conjunto de trastornos caracterizado por anormalidades cualitativas de las interacciones sociales recíprocas y de los modos de comunicación, así como por la restricción del repertorio de intereses y de actividades, y por un patrón de comportamiento que se aprecia estereotipado y repetitivo. Estas anormalidades cualitativas constituyen un rasgo que afecta el funcionamiento de la persona en todas las situaciones.

Debe utilizarse un código adicional si se desea indicar la presencia de cualquier condición médica concomitante, o de retraso mental.



F84.0 Autismo en la niñez

Es un trastorno generalizado del desarrollo que se define por: a) la presencia de un desarrollo anormal o menoscabado que se manifiesta antes de la edad de los 3 años; b) un funcionamiento anormal en las tres áreas de la psicopatología: interacción social recíproca; comunicación; y comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo. Además de estas características diagnósticas específicas, es frecuente una variedad de otros problemas no específicos, tales como fobias, trastornos del sueño y de la ingestión de alimentos, rabietas y agresiones o autoagresiones.

Incluye: Autismo infantil
Psicosis infantil
Síndrome de Kanner
Trastorno autístico

Excluye: Psicopatía autística (F84.5)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Un desarrollo anormal o alterado, evidente antes de los tres años de edad, en al menos una de las siguientes áreas:
- 1) lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social;
 - 2) vínculos sociales selectivos o interacción social recíproca;
 - 3) juego simbólico o funcional.
- B. Deben estar presentes al menos seis síntomas de (1), (2) y (3), incluyendo al menos dos de (1) y al menos uno de (2) y otro de (3):
- 1) Alteración cualitativa de la interacción social recíproca. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en por lo menos dos de las siguientes áreas:
 - a) fracaso en la utilización adecuada del contacto visual, de la expresión facial, de la postura corporal y de los gestos para la interacción social;
 - b) fracaso del desarrollo (adecuado a la edad mental y a pesar de las ocasiones para ello) de relaciones con otros niños que impliquen compartir intereses, actividades y emociones;
 - c) ausencia de reciprocidad socio-emocional, puesta de manifiesto por una respuesta alterada o anormal hacia las emociones de las otras personas, o falta de modulación del comportamiento en respuesta al contexto social o débil integración de los comportamientos social, emocional y comunicativo;
 - d) ausencia de interés en compartir las alegrías, los intereses o los logros con otros individuos (por ejemplo, la falta de interés en señalar, mostrar u ofrecer a otras personas objetos que despierten el interés del niño).
 - 2) Alteración cualitativa en la comunicación. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en, por lo menos, una de las siguientes cinco áreas:
 - a) retraso o ausencia total de desarrollo del lenguaje hablado que no se acompaña de intentos de compensación mediante el recurso a gestos



- alternativos para comunicarse (a menudo precedido por la falta de balbuceo comunicativo);
- b) fracaso relativo para iniciar o mantener la conversación, proceso que implica el intercambio recíproco de respuestas con el interlocutor (cualquiera que sea el nivel de competencia en la utilización del lenguaje alcanzado);
 - c) uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso idiosincrásico de palabras o frases;
 - d) ausencia de juegos de simulación espontáneos o ausencia de juego social imitativo en edades más tempranas.
- 3) Presencia de formas restrictivas, repetitivas y estereotipadas del comportamiento, los intereses y la actividad en general. Para el diagnóstico se requiere la presencia de anomalías demostrables en, al menos, una de las siguientes seis áreas:
- a) dedicación apasionada a uno o más comportamientos estereotipados que son anormales en su contenido. En ocasiones, el comportamiento no es anormal en sí, pero sí lo es la intensidad y el carácter restrictivo con que se produce;
 - b) adherencia de apariencia compulsiva a rutinas o rituales específicos carentes de propósito aparente;
 - c) manierismos motores estereotipados y repetitivos con palmadas o retorcimientos de las manos o dedos, o movimientos completos de todo el cuerpo;
 - d) preocupación por partes aisladas de los objetos o por los elementos ajenos a las funciones propias de los objetos (tales como su olor, el tacto de su superficie o el ruido o la vibración que producen).
- C. El cuadro clínico no puede atribuirse a las otras variedades de trastorno generalizado del desarrollo, a trastorno específico del desarrollo de la comprensión del lenguaje (F80.2) con problemas socio-emocionales secundarios, a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia (F94.1) tipo desinhibido (F94.2), a retraso mental (F70-72) acompañados de trastornos de las emociones y del comportamiento, a esquizofrenia (F20) de comienzo excepcionalmente precoz ni a síndrome de Rett (F84.2).

Anotación Latinoamericana

Este trastorno se codifica aquí cuando se trata de un síndrome primario.

La presencia de otro trastorno concomitante -que no se considere causa primaria del comportamiento autístico, ni parte sintomática del trastorno generalizado del desarrollo, pero que sea objeto de atención clínica particular- debe codificarse adicionalmente. Tal es el caso, por ejemplo, de un trastorno de la actividad y la atención (F90.0) o un trastorno del humor (afectivo) (F30-F39).

En el caso en que el síndrome autístico se considere claramente la consecuencia secundaria de un retraso mental profundo o de un trastorno específico grave



del lenguaje, estos (el retraso mental y el trastorno del lenguaje) se constituyen en el diagnóstico primario. En estos casos, se recomienda emplear el código F84.12, Autismo atípico (secundario a...) para indicar la presencia del síndrome autístico como una condición secundaria.

Debe tomarse en cuenta, que un porcentaje alto de pacientes con autismo primario evolucionan progresivamente a un nivel de funcionamiento intelectual compatible con el diagnóstico de retraso mental. En esos casos, se formulará el diagnóstico de Autismo de la niñez (F84.0) y se codificará, adicionalmente, el diagnóstico de retraso mental como condición adicional secundaria.

En el caso de la presencia simultánea de una condición psiquiátrica más amplia, como la esquizofrenia, con comportamientos autísticos, ésta (la esquizofrenia) cobra preeminencia diagnóstica y los síntomas autísticos pasan a considerarse parte de la sintomatología esquizofrénica. Sólo si se consideran objeto particular de atención clínica se registrarán adicionalmente, utilizando el código F84.12, Autismo atípico (secundario a esquizofrenia).

En un número considerable de casos, se puede encontrar, simultáneamente con la sintomatología autística, otras condiciones médicas no psiquiátricas, frecuentemente consideradas como causas etiológicas del autismo. En estos casos, la GLADP-VR recomienda codificar la condición médica no psiquiátrica como diagnóstico primario y recurrir al diagnóstico de F84.12, Autismo atípico (secundario a [indicar aquí la condición médica no psiquiátrica]) para señalar la presencia del síndrome autístico como condición secundaria.

Ver anotación de F84.1

F84.1 Autismo atípico

Trastorno generalizado del desarrollo que difiere del autismo de la niñez, sea en cuanto a la edad en que se inicia o porque no alcanza a cumplir con los tres conjuntos de criterios diagnósticos. Esta subcategoría debe ser utilizada cuando hay un desarrollo anormal o alterado que aparece sólo después de los 3 años de edad y cuando no se encuentra anormalidades demostrables suficientes en una o en dos de las tres áreas de la psicopatología suficientes para el diagnóstico de autismo de la niñez (F84.0) (a saber, interacción social recíproca, comunicación, y comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo), a pesar de que haya anormalidades características en la(s) otra(s) área(s). El autismo atípico se desarrolla más a menudo en personas con retraso mental profundo y en personas con un trastorno específico grave del lenguaje receptivo.

Incluye: Psicosis atípica de la niñez
Retraso mental con rasgos autísticos

Use código adicional (F70-F79), si desea identificar el retraso mental.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Presencia de un desarrollo anormal o alterado aparecido a los tres o después de los tres años de edad (el criterio es como el del autismo a excepción de la edad de comienzo).



- B. Alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca o alteraciones cualitativas en la comunicación o formas de comportamiento, intereses o actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas (el criterio es como para el autismo, a excepción de que no es necesario satisfacer los criterios en términos del número de áreas de anormalidad).
- C. No se llega a satisfacer los criterios diagnósticos de autismo en la niñez (F84.0).

El autismo puede ser atípico tanto en la edad de comienzo (F84.10) como por sus manifestaciones clínicas (F84.11). Un quinto dígito permite diferenciarlos con fines de investigación. Los síndromes que no puedan incluirse en uno de ellos se codificarán como F84.12.

F84.10 Atipicidad en la edad de comienzo

- A. No se satisface el criterio A del autismo (F84.0). Esto es, la anomalía del desarrollo se manifiesta sólo a los tres años de edad o con posterioridad.
- B. Se satisfacen los criterios B y C del autismo de la niñez (F84.0).

F84.11 Atipicidad sintomática

- A. Satisface el criterio A del autismo (es decir, anomalía del desarrollo de comienzo antes de los tres años de edad).
- B. Alteraciones cualitativas en las interacciones sociales que implican reciprocidad, o en la comunicación, o bien formas de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas. Los criterios son similares a los del autismo, excepto en que no hacen referencia a número determinado de áreas afectadas por la anormalidad.
- C. Se satisface el criterio C del autismo de la niñez.
- D. No se satisface el criterio B del autismo de la niñez (F84.0).

F84.12 Atipicidad tanto en edad de comienzo como sintomática

- A. No se satisface el criterio A del autismo. La anomalía del desarrollo se manifiesta sólo a los tres años de edad o con posterioridad.
- B. Alteraciones cualitativas de las interacciones que implican reciprocidad o de la comunicación, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas. Los criterios son similares a los del autismo, excepto en que no hacen referencia a un número determinado de áreas afectadas por la anormalidad.
- C. Se satisface el criterio C del autismo.
- D. No se satisface el criterio B del autismo (F84.0)

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR recomienda que esta categoría diagnóstica residual sea empleada únicamente cuando otros trastornos generalizados del desarrollo hayan sido claramente excluidos. Esto es particularmente importante en el caso de F84.3, Otro trastorno desintegrativo de la niñez, que debe tener preeminencia



taxonómica y cuya descripción fenomenológica tiene extraordinario parecido con las descripciones que CIE-10 ofrece para el Autismo atípico. El uso clínico apropiado de F84.1, Autismo atípico, se describe en detalle en la anotación de F84.0 (ver).

Se sugiere que, cuando el síndrome autista sea plenamente explicado como parte de un trastorno más amplio, el diagnóstico primario sea este último. En ese caso, el comportamiento autista se debe codificar como un segundo diagnóstico si se desea registrarlo. Por ejemplo:

1. Retraso mental profundo (RMP) (F73)
2. Autismo atípico (asociado a RMP) (F84.12)

Ver anotación de F84.0

F84.2 Síndrome de Rett

Afección hasta ahora encontrada sólo en niñas, en la cual un desarrollo psicomotriz inicial aparentemente normal es seguido por una pérdida parcial o total del habla y un deterioro de las habilidades para la locomoción y para la utilización de las manos, junto con una desaceleración del crecimiento cefálico, que comienza habitualmente entre los 7 y los 24 meses de edad. Son característicos la pérdida de los movimientos voluntarios de las manos, el retorcimiento estereotipado de las mismas y la hiperventilación. Se detiene el desarrollo social y el del juego, pero el interés social tiende a mantenerse. Alrededor de los 4 años de edad comienzan a desarrollarse la ataxia y la apraxia del tronco, lo cual con frecuencia es seguido por la aparición de movimientos coreoatéticos. Casi invariablemente se produce un retraso mental grave.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Normalidad aparente durante los períodos prenatal y perinatal, desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros cinco meses de edad y perímetro cefálico normal en el momento del parto.
- B. Desaceleración del crecimiento cefálico entre los cinco meses y los cuatro años de edad junto a una pérdida de las capacidades motrices manuales previamente adquiridas entre los seis y los treinta meses de edad. Esto se acompaña de una alteración de la comunicación y de las relaciones sociales y de la aparición de marcha inestable y pobremente coordinada o movimientos del tronco.
- C. Grave alteración del lenguaje expresivo y receptivo, junto a retraso psicomotor grave.
- D. Movimientos estereotipados de las manos (como de retorcérselas o lavárselas) que aparecen al tiempo o son posteriores a la pérdida de los movimientos intencionales.

Anotación Latinoamericana

Datos preliminares sugieren que una mutación genética es la causa de este trastorno (Amir et al., 2000). Sin embargo, en presencia de un cuadro clínicamente sugestivo, la identificación de tal mutación no se considera imprescindible para la formulación del diagnóstico.



F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la niñez

Tipo de trastorno generalizado del desarrollo que se define por un periodo de desarrollo enteramente normal, anterior al comienzo del trastorno, seguido por una pérdida definida de las habilidades previamente adquiridas en varias esferas del desarrollo en el curso de unos pocos meses. Esto se acompaña típicamente de una pérdida generalizada del interés por el entorno, de amaneramientos motrices estereotipados repetitivos y de un deterioro de la interacción social y de la comunicación, similar al deterioro autístico. En algunos casos se puede demostrar que el trastorno se debe a alguna encefalopatía asociada, pero el diagnóstico debería hacerse sobre la base de los síntomas conductuales.

Incluye: Demencia infantil
 Psicosis desintegrativa
 Psicosis simbiótica
 Síndrome de Heller

Use código adicional, si desea identificar cualquier afección neurológica asociada.

Excluye: Síndrome de Rett (F84.2)

Crterios Diagnósticos de Investigación

- A. Desarrollo aparentemente normal hasta al menos 1 o 2 años de edad. Se requiere para el diagnóstico la presencia de una capacidad normal para la comunicación, para las relaciones sociales y el juego, y para los comportamientos adaptativos hasta al menos los 2 años de edad.
- B. Al comenzar el trastorno se produce una clara pérdida de capacidades previamente adquiridas. Se requiere para el diagnóstico una pérdida clínicamente significativa de capacidades (y no sólo un fracaso puntual en ciertas situaciones) en al menos dos de las siguientes áreas:
 - 1) lenguaje expresivo o receptivo;
 - 2) juego;
 - 3) rendimientos sociales o comportamientos adaptativos;
 - 4) control de esfínteres;
 - 5) rendimientos motores.
- C. Comportamiento social cualitativamente anormal. El diagnóstico requiere la presencia demostrable de alteraciones en dos de los siguientes grupos:
 - 1) alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas (del estilo de las del autismo);
 - 2) alteración cualitativa de la comunicación (del estilo del autismo);
 - 3) patrones restringidos de comportamiento, intereses y actividades repetitivas y estereotipadas, entre ellas, estereotipias motrices y manierismos;
 - 4) pérdida global de interés por los objetos y por el entorno en general.
- D. El trastorno no se puede atribuir a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a epilepsia adquirida con afasia (F80.6), a mutismo selectivo (F94.0), a esquizofrenia (F20.F29), ni a síndrome de Rett (F84.2).



Anotación Latinoamericana

La característica clínica que le ofrece especificidad nosológica a este trastorno es la marcada y rápida regresión (en el curso de muy pocos meses) que se puede observar en múltiples áreas del funcionamiento psicomotriz, social y adaptativo en un niño que evolucionaba normalmente hasta por lo menos los dos años de edad. El cuadro clínico "típico" suele ser el de un niño de 5 a 7 años de edad que, súbitamente, empieza a mostrar esta notable regresión en casi todas las áreas de su funcionamiento. Estos niños suelen desarrollar, progresiva y rápidamente, un cuadro autístico sintomático que es indistinguible del Autismo infantil (F84.0), excepto por la edad en que tal síndrome autístico se inicia.

En caso de considerarse conveniente para el caso particular, el diagnóstico de F84.12, Autismo atípico asociado a otro trastorno desintegrativo de la niñez, podría agregarse como condición secundaria.

F84.4 Trastorno hiperactivo (hipercinético) asociado con retraso mental y movimientos estereotipados

Es un trastorno mal definido, de validez nosológica dudosa. La categoría se destina para la inclusión de un grupo de niños con retraso mental grave (CI menor de 35), cuyos problemas principales se manifiestan en la hiperactividad y en la esfera de la atención, como también a través de comportamientos estereotipados. Tienden a no mejorar con fármacos estimulantes (a diferencia de aquellos que tienen un CI dentro de límites normales), y pueden evidenciar reacciones disfóricas graves (a veces con retraso psicomotor), cuando se les administra estos fármacos. Durante la adolescencia, la hiperactividad tiende a ser reemplazada por hipoactividad (rasgo que no es habitual en niños hipercinéticos con inteligencia normal). A menudo este síndrome se asocia también con una diversidad de retrasos del desarrollo, tanto específicos como globales. No se sabe en qué medida el patrón conductual obedece a un bajo coeficiente intelectual o a un daño cerebral orgánico.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Hiperactividad motora grave manifiesta por al menos dos de los siguientes problemas en la actividad y la atención:
- 1) inquietud motora continua, manifiesta por carreras, saltos y otros movimientos que implican todo el cuerpo;
 - 2) dificultad importante para permanecer sentado: tan solo estará sentado unos segundos por lo general, a no ser que esté realizando una actividad estereotipada (ver criterio B);
 - 3) actividad claramente excesiva en situaciones en las que se espera una cierta quietud;
 - 4) cambios de actividad muy rápidos, de tal forma que las actividades generales duran menos de un minuto (ocasionalmente duran más si la actividad se ve muy favorecida o reforzada, y esto no excluye el diagnóstico; las actividades



- estereotipadas pueden durar mucho tiempo y son compatibles con este criterio).
- B. Patrones de conducta repetitivos y estereotipados manifiestos por al menos uno de los siguientes:
- 1) manierismos fijos y frecuentemente repetidos: pueden comprender movimientos complejos de todo el cuerpo o movimientos parciales tales como aleteo de manos;
 - 2) repetición excesiva de actividades no encaminadas hacia ningún fin que son constantes en su forma: puede referirse a juegos con un solo objeto (por ejemplo, con el agua corriente) o actividades ritualísticas (en solitario o junto a otra gente);
 - 3) autoagresiones repetidas.
- C. CI menos de 50.
- D. Ausencia de alteración social de tipo autístico. El niño debe mostrar al menos tres de las siguientes:
- 1) adecuado desarrollo del uso de la mirada, expresión y postura en la interacción social;
 - 2) adecuado desarrollo de las relaciones con compañeros, incluyendo el compartir intereses, actividades, etc;
 - 3) al menos ocasionalmente se aproxima a otras personas en busca de consuelo y afecto;
 - 4) a veces puede participar de la alegría de otras personas. Existen otras formas de alteración social, como la tendencia al acercamiento desinhibido a personas extrañas, que son compatibles con el diagnóstico;
- E. No cumple criterios diagnósticos para Autismo de la niñez (F84.0), Autismo atípico (F84.1), otro Trastorno Desintegrativo de la Niñez (F84.3) o Trastornos Hiperkinéticos (F90.-).

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR acepta el uso del término “hipercinético” en sustitución del de “hiperactivo” para los clínicos que deseen enfatizar la naturaleza desadaptativa e ineficaz de la marcada actividad mostrada por los pacientes que sufren este trastorno.

Para incrementar la especificidad nosológica de esta categoría, debe recordarse que casi todos los niños con retraso mental grave pueden compartir las características que se describen en las pautas para este diagnóstico. Los elementos sintomáticos característico que permiten la identificación apropiada de estos pacientes en un grupo discreto son: a) Una respuesta negativa a las drogas psicoestimulantes; y b) la característica evolución de la hipercinencia a un estado opuesto de pasividad con el paso del tiempo. Por eso, la GLADP-VR sugiere que ambos elementos sean agregados a los criterios diagnósticos de investigación.



F84.5 Síndrome de Asperger

Trastorno caracterizado por el mismo tipo de alteración cualitativa de la interacción social recíproca que caracteriza al autismo, conjuntamente con un repertorio de intereses y de actividades restringido que es estereotipado y repetitivo. Difiere del autismo fundamentalmente por el hecho de que no hay retraso general, o retraso del desarrollo del lenguaje, o del desarrollo intelectual. Este trastorno se asocia a menudo con menoscabos de diversa gravedad en la motricidad gruesa. Hay fuerte tendencia a que las anomalías persistan durante la adolescencia y la edad adulta. Ocasionalmente ocurren episodios psicóticos en la edad adulta temprana. Su validez nosológica es todavía discutible.

Incluye: Psicopatía autística
Trastorno esquizoide de la niñez

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Ausencia de retrasos clínicamente significativos del lenguaje o del desarrollo cognitivo. Para el diagnóstico se requiere que a los dos años haya sido posible la pronunciación de palabras sueltas y que al menos a los tres años el niño use frases aptas para la comunicación. Las capacidades que permiten una autonomía, un comportamiento adaptativo y la curiosidad por el entorno deben estar al nivel adecuado para un desarrollo intelectual normal. Sin embargo, los aspectos motores pueden estar de alguna forma retrasados y es frecuente una torpeza de movimientos (aunque no necesaria para el diagnóstico). Es frecuente la presencia de características especiales aisladas, a menudo en relación con preocupaciones anormales, aunque no se requieren para el diagnóstico.
- B. Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas (del estilo de las del autismo).
- C. Un interés inusualmente intenso y circunscrito o patrones restringidos, repetitivos y estereotipados de comportamiento, intereses y actividades, con criterios parecidos al autismo aunque en este cuadro son menos frecuentes los manierismos y las preocupaciones inadecuadas con aspectos parciales de los objetos o con partes no funcionales de los objetos de juego.
- D. No puede atribuirse el trastorno a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a trastorno esquizotípico (F21), a esquizofrenia simple (F20.6), a trastorno reactivo (F94.1) o desinhibido (F94.2) de la vinculación en la infancia, a trastorno anancástico de la personalidad (F60.5), ni a trastorno obsesivo-compulsivo (F42).

F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo, especificados

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

Criterios Diagnósticos de Investigación

Se trata de una categoría residual que se usará para aquellos trastornos que se ajustan a la descripción general de trastornos generalizados del desarrollo pero que no cumplen los criterios de ninguno de los apartados F84 a causa de información insuficiente o datos contradictorios.



F88 Otros Trastornos Especificados del Desarrollo Psicológico

Incluye: Agnosia del desarrollo

F89 Trastorno del Desarrollo Psicológico no Especificado

Incluye: Trastorno del desarrollo sin especificación



TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE APARECEN HABITUALMENTE EN LA NIÑEZ Y EN LA ADOLESCENCIA (F90-F98)

Índice de esta Sección

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F90	Trastornos Hipercinéticos	333
F90.0	Perturbación de la actividad y de la atención	335
F90.1	Trastorno hipercinético de la conducta	335
F90.8	Otros trastornos hipercinéticos, especificados	336
F90.9	Trastorno hipercinético no especificado	336
F91	Trastornos Disociales	336
F91.0	Trastorno disocial limitado al contexto familiar	339
F91.1	Trastorno disocial en niños no socializados	339
F91.2	Trastorno disocial en niños socializados	340
F91.3	Trastorno opositor desafiante	340
F91.8	Otros trastornos disociales, especificados	341
F91.9	Trastorno disocial no especificado	341
F92	Trastornos Mixtos Disociales y de las Emociones	341
F92.0	Trastorno disocial depresivo	341
F92.8	Otros trastornos mixtos disociales y de las emociones, especificados	342
F92.9	Trastorno mixto disocial de la conducta y de las emociones, no especificado	342
F93	Trastornos Emocionales de Comienzo Específico en la Niñez	343
F93.0	Trastorno de ansiedad de separación en la niñez	343
F93.1	Trastorno de ansiedad fóbica en la niñez	344
F93.2	Trastorno de ansiedad social en la niñez	345
F93.3	Trastorno de rivalidad entre hermanos	345
F93.8	Otros trastornos emocionales en la niñez, especificados	347
F93.9	Trastorno emocional en la niñez no especificado	350
F94	Trastornos del Comportamiento Social de Comienzo Específico en la Niñez y en la Adolescencia	350
F94.0	Mutismo electivo	350
F94.1	Trastorno de vinculación en la niñez, tipo reactivo	351
F94.2	Trastorno de vinculación en la niñez, tipo desinhibido	352



Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F94.8	Otros trastornos del comportamiento social en niñez, especificados	352
F94.9	Trastorno del comportamiento social en la niñez no especificado	352
F95	Trastornos por Tics	352
F95.0	Trastorno por tic transitorio	353
F95.1	Trastorno por tic motor o vocal crónico	353
F95.2	Trastorno por tics motores y vocales múltiples combinados (de la Tourette)	354
F95.8	Otros trastornos por tics, especificados	354
F95.9	Trastorno de tic no especificado	354
F98	Otros Trastornos Emocionales y del Comportamiento que Aparecen Habitualmente en la Niñez y en la Adolescencia	354
F98.0	Enuresis no orgánica	354
F98.1	Encopresis no orgánica	355
F98.2	Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia y la niñez	357
E98.3	Pica en la infancia y la niñez	358
F98.4	Trastorno de los movimientos estereotipados	358
F98.5	Tartamudez (espasmofemia)	359
F98.6	Farfulleo	359
F98.8	Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia, especificados	359
F98.9	Trastornos emocionales y del comportamiento, no especificados, que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	359
F99	TRASTORNO MENTAL SIN ESPECIFICACIÓN	361



F90 Trastornos hiperkinéticos

Grupo de trastornos de comienzo temprano (habitualmente, durante los primeros cinco años de la vida), caracterizado por una falta de constancia en las actividades que requieren de la participación de funciones intelectuales y por una tendencia a cambiar de una actividad a otra, sin completar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Puede hallarse asociadas varias otras anormalidades. Los niños hiperkinéticos son a menudo imprudentes e impulsivos, propensos a los accidentes y a verse en dificultades disciplinarias por incurrir en la violación irreflexiva de normas, más que por una actitud desafiante deliberada. Sus relaciones con los adultos son a menudo socialmente desinhibidas, carentes de la reserva y la precaución normales. Son, con frecuencia, impopulares entre los demás niños, y pueden quedar socialmente aislados. Es común el deterioro intelectual, mientras los retrasos específicos del desarrollo motriz y del lenguaje son desproporcionadamente frecuentes. Entre las complicaciones secundarias se cuentan el comportamiento disocial y la baja autoestima.

Excluye: Esquizofrenia (F20. -)

Trastornos:

- de ansiedad (F41.-)
- generalizados del desarrollo (F84.-)
- del humor [afectivos] (F30-F39)

Criterios Diagnósticos de Investigación

Nota: El diagnóstico para investigación del trastorno hiperkinético requiere la presencia clara de niveles anómalos de déficit de atención, hiperactividad e inquietud, que deben ser generalizados a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones y no deben ser causados por otros trastornos tales como el autismo o los trastornos afectivos.

G1. *Déficit de atención.* Al menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten por al menos seis meses, en un grado que es maladaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo del niño.

- 1) Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
- 2) Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
- 3) A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
- 4) Imposibilidad persistente para completar las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).
- 5) Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
- 6) A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares, que requieren un esfuerzo mental mantenido.
- 7) A menudo pierde objetos necesarios para sus tareas o actividades tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.



- 8) Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
 - 9) Es, con frecuencia, olvidadizo en el curso de las actividades diarias.
- G2. *Hiperactividad*. Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad persisten durante al menos seis meses, en un grado maladaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo del niño.
- 1) Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en el asiento.
 - 2) Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
 - 3) A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en los adolescentes o en los adultos puede manifestarse solamente por sentimientos de inquietud).
 - 4) Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
 - 5) Persistentemente exhibe un patrón de actividad motora excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.
- G3. *Impulsividad*. Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persiste durante al menos seis meses, en un grado maladaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo del niño.
- 1) Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
 - 2) A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo.
 - 3) A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros (por ejemplo, irrumpe en las conversaciones o en los juegos de los demás).
 - 4) Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante los requerimientos sociales.
- G4. El inicio del trastorno no es posterior a los siete años de edad.
- G5. *Carácter generalizado*. Los criterios deben cumplirse para más de una sola situación, es decir, la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben estar presentes tanto en el hogar como en el colegio, o en el colegio y en otros ambientes donde el niño puede ser observado, como pudiera ser la consulta médica. La evidencia de esta generalización requiere, en principio, información suministrada por varias fuentes. La información proporcionada por los padres acerca de la conducta del niño en el colegio no es, de ordinario, suficiente.
- G6. Los síntomas de G1 a G3 ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.
- G7. El trastorno no cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo (F84.-), episodio maníaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-) o trastornos de ansiedad (F41.-).



Anotación Latinoamericana

En Cuba se encontró que 3.9% de la población de niños sufre del trastorno hiperactivo.

En Guatemala, el 3.7% de la población escolar entre 1 y 20 años de edad sufre de trastorno hiperactivo grave.

Cada vez más se están siguiendo casos pasada la adolescencia (evidencia clínica no cuantificada aún en Latinoamérica)

F90.0 Perturbación de la actividad y la atención

Incluye: Trastorno o síndrome deficitario de la atención con hiperactividad
Trastorno hiperactivo con déficit de la atención
Trastorno de la actividad y la atención

Excluye: Trastorno hiperactivo asociado con trastorno de la conducta (F90.1)

Criterios Diagnósticos de Investigación

Deben satisfacerse todos los criterios del trastorno hiperactivo (F90) pero no los de los trastornos de conducta (F91).

F90.1 Trastorno hiperactivo de la conducta

Incluye: Trastorno hiperactivo asociado con trastorno de la conducta
Trastorno hiperactivo disocial

Criterios Diagnósticos de Investigación

Deben satisfacerse todos los criterios del trastorno hiperactivo (F90) y de los trastornos de conducta (F91).

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR recomienda no hacer uso de esta subcategoría, que aquí se preserva para mantener la compatibilidad con la CIE-10. Debido a la amplia gama de posibilidades de gravedad del trastorno de conducta, puede perderse especificidad nosológica al utilizar un diagnóstico excesivamente inclusivo. Por ejemplo, con la utilización de esta categoría, un niño con una perturbación de la actividad y la atención (F90.0) que presenta, además, un trastorno opositor desafiante (F91.3) podría recibir el mismo diagnóstico que otro con la misma perturbación de la actividad y la atención (F90.0) y un trastorno disocial en niños no socializados (F91.1). Ambos pacientes, sin embargo, requerirían de manejo clínico considerablemente diferente. Por eso, cuando en un paciente se satisfagan los criterios diagnósticos, tanto para F90 como para alguna de las subcategorías de F91, se debe codificar ambos trastornos por separado, listando en primer lugar, aquel al cual se confiera mayor importancia, como objeto primario de atención clínica.



F90.8 Otros trastornos hiperkinéticos, especificados

F90.9 Trastorno hiperkinético, no especificado

Incluye: Reacción hiperkinética de la niñez o de la adolescencia sin especificación
Síndrome hiperkinético sin especificación

Criterios Diagnósticos de Investigación

Esta categoría residual no es recomendada y debe utilizarse solamente cuando haya una falta de diferenciación entre F90.0 y F90.1, pero cumpliéndose los criterios generales de F90.

F91 Trastornos disociales

Trastornos caracterizados por un patrón repetitivo y persistente de conducta disocial, agresiva o desafiante. Es necesario que este comportamiento alcance niveles importantes de violación de la conducta socialmente esperada para la edad del paciente, razón por la cual debe ser más grave que la travesura infantil corriente o la rebeldía de la adolescencia y suponer un patrón perdurable de comportamiento (de seis meses o más). Algunos rasgos del trastorno conductual pueden ser también sintomáticos de otras afecciones psiquiátricas, en cuyo caso la condición psiquiátrica de base cobra preeminencia diagnóstica.

Entre los ejemplos sobre los cuales se fundamenta el diagnóstico se cuentan niveles excesivos de pelea y de fanfarronería, crueldad hacia las demás personas y hacia los animales, destrucción grave de la propiedad, conducta incendiaria, robo, mentira repetitiva, falta a la escuela y fuga del hogar, y rabietas y desobediencia extraordinariamente frecuentes y graves. Cualquiera de estas conductas, si es marcada, es suficiente para el diagnóstico, pero no lo son las acciones disociales aisladas.

Incluye: Trastornos disociales

Excluye: Asociación con:

- Trastornos emocionales (F92.-)
- Trastornos hiperkinéticos (F90.1)
- Esquizofrenia (F20.-)
- Trastornos del humor [afectivos] (F30-F39)
- Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-)

Criterios Diagnósticos de Investigación

G 1. Patrón de conducta repetitivo y persistente que conlleva la violación de los derechos básicos de los demás o de las normas sociales básicas apropiadas a la edad del paciente. La duración debe ser de al menos seis meses, durante los cuales algunos de los siguientes síntomas están presentes (véanse las subcategorías particulares para los requerimientos en cuanto al número de síntomas).

Nota: Los síntomas de 11, 13, 15, 16, 20, 21 y 23 necesitan haber ocurrido tan sólo una vez para que el criterio sea cumplido.

- 1) Rabietas excepcionalmente frecuentes y graves para la edad y el desarrollo del niño.



- 2) Frecuentes discusiones con los adultos.
 - 3) Desafíos graves y frecuentes a los requerimientos y órdenes de los adultos.
 - 4) A menudo hace cosas para molestar a otras personas de forma aparentemente deliberada.
 - 5) Con frecuencia culpa a otros de sus faltas o de su mala conducta.
 - 6) Es quisquilloso y se molesta fácilmente con los demás.
 - 7) A menudo está enfadado o resentido.
 - 8) De carácter rencoroso y vengativo.
 - 9) Miente con frecuencia y rompe promesas para obtener beneficios y favores o para eludir sus obligaciones.
 - 10) Inicia con frecuencia peleas físicas (sin incluir las peleas con los hermanos).
 - 11) Ha usado alguna vez un arma que puede causar serios daños físicos a otros (bates, ladrillos, botellas rotas, cuchillos, arma de fuego).
 - 12) A menudo permanece fuera de casa por la noche a pesar de la prohibición paterna, desde antes de los trece años de edad).
 - 13) Crueldad física con otras personas (ata, corta o quema a sus víctimas).
 - 14) Crueldad física con los animales.
 - 15) Destrucción deliberada de la propiedad ajena (diferente a la provocación de incendios).
 - 16) Incendios deliberados con la intención de provocar serios daños.
 - 17) Robos de objetos de un valor significativo sin enfrentarse a la víctima, bien en el hogar o fuera de él (en tiendas, en casas ajenas, etc.).
 - 18) Ausencias reiteradas del colegio, empezando antes de los trece años.
 - 19) Abandono del hogar al menos en dos ocasiones o en una ocasión durante más de una noche (a no ser que esté encaminado a evitar abusos físicos o sexuales).
 - 20) Cualquier episodio de delito violento o que implique enfrentamiento con la víctima (como los “tirones” o los asaltos).
 - 21) Forzar a otra persona a tener actividad sexual.
 - 22) Intimidaciones frecuentes a otras personas (infligiendo dolor o daño deliberados).
 - 23) Allanamamiento de la morada o del vehículo de otros.
- G2. El trastorno no cumple los criterios para el trastorno disocial de la personalidad (F60.2), esquizofrenia (F20.-), episodio maníaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-), trastornos generalizados del desarrollo (F84.-), o trastorno hiperactivo (F90.-). (Si se cumplen los criterios para trastorno de las emociones (F93.-), el diagnóstico deberá ser de trastorno mixto disocial y de las emociones F92).

Se recomienda especificar la edad del comienzo:

- De inicio en la infancia: al menos un síntoma disocial comienza antes de los diez años de edad.



- De inicio en la adolescencia: no se presentan síntomas disociales antes de los diez años de edad.

Anotación Latinoamericana

Clasificación de niveles de riesgo creciente en niños y adolescentes con trastorno disocial y/o conductas violentas (N. Leal Marchena, comunicación personal, 15 marzo, 2011)

- 1 Conductas desafiantes leves que no se ajustan o pueden diagnosticarse sólo con F91.3, asume riesgos frente a los pares, hurtos y mentiras en el ambiente familiar o escolar.

Con presencia e interés familiar. Cursando escolaridad o trabajando.

- 2 Hurtos y destrozos sólo o en grupos, ruptura de objetos, peleas físicas, propensión a tomar riesgos, uso esporádico de alcohol y/o marihuana. Con familia presente disfuncional. Con actividad laboral o escolar con dificultades.

- 3 Robos reiterados sólo o en grupo, autoagresiones, dificultad en el control de los impulsos, peleas físicas, inestabilidad en los vínculos afectivos, labilidad emocional, carencia de proyectos, uso de alcohol y/o drogas en forma no simultánea con la trasgresión, contacto con armas. Escasa presencia familiar, historia de abandono o maltrato. Abandono escolar.

- 4 Robos con armas, disparo de armas en ocasión de prácticas o festejos, reiteradas peleas, escaso control de los impulsos, sin proyectos, sin vínculos estables, sensaciones paranoides, uso de alcohol y/o drogas en forma no simultánea con el uso de armas. Auto y heteroagresiones. Antecedentes de intentos de suicidio. Sin continencia familiar, con antecedentes de abandono o maltrato. Comienzo precoz de actuaciones de riesgo.

Familiares directos con antecedentes delictivos y/o de adicciones. Sin actividad laboral o escolar.

- 5 Uso de la violencia contra las personas, uso de armas en robos reiterados, sin control de los impulsos, sin posibilidad de establecer vínculos, visión paranoide del mundo, con consumo de alcohol y drogas simultáneo con el uso de armas, auto y heteroagresión, antecedentes de intentos de suicidio y/o de homicidio. Familia ausente o con severos trastornos ligados a perversiones, conductas delictivas y alcoholismo o adicciones. Sin actividad laboral o escolar.

Antecedentes a tener en cuenta que aumentan el nivel de riesgo

Años de escolarización (menos de 6)

Nº de ingresos a comisarías (más de 3)

Causas penales (sí)

Convivencia con los padres (no)

Antecedentes familiares de alcoholismo, drogas o problemas con la justicia (sí)

Padres o hermanos en la cárcel (sí)

Lleva armas de fuego (sí)



Uso de alcohol o de drogas (sí)

Antecedentes de maltrato físico, psíquico o abandono (sí).

Esta clasificación según niveles de riesgo es muy útil para el profesional que se encuentra ante esta problemática y no puede evaluar exactamente el pronóstico y la terapéutica adecuada al paciente. Para los niveles 4 y 5 se recomienda realizar el tratamiento solo con paciente internado. El nivel 3 solo puede tratarse en forma ambulatoria cuando haya un sistema institucional que garantice la contención y el seguimiento muy cercano de la persona.

F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar

Trastorno de la conducta que implica un comportamiento disocial o agresivo (y no un mero comportamiento opositor, desafiante o perjudicial), que se halla total, o casi totalmente, limitado al hogar y a las interacciones con miembros de la familia nuclear o del ambiente doméstico inmediato. Para considerarlo como tal, se requiere que cumpla con los criterios generales de F91.-. La perturbación de las relaciones entre padres e hijos, aunque sea grave, no constituye base suficiente para este diagnóstico.

Incluye: Trastorno de conducta limitado al contexto familiar

Criterios Diagnósticos de Investigación

- Deben satisfacerse los criterios generales del trastorno de conducta (F91).
- Deben estar presentes tres o más de los síntomas de F91, criterio G1, con al menos tres de los síntomas comprendidos entre el 9 y el 23.
- Al menos uno de los síntomas comprendidos del 9 al 23 debe haber estado presente durante al menos seis meses.
- La alteración de la conducta debe estar limitada al contexto familiar.

F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados

Se caracteriza por una combinación de comportamientos disociales o agresivos (que cumple con todos los criterios de F91.- y que no implica un mero comportamiento opositor, desafiante o perjudicial), con un deterioro generalizado y significativo de las relaciones del paciente con los demás niños.

Incluye: Trastorno de conducta en niños no socializados

Trastorno agresivo insociable

Trastorno de la conducta, del tipo solitario agresivo

Criterios Diagnósticos de Investigación

- Deben satisfacerse los criterios generales de F91.
- Tres o más de los síntomas de F91, criterio G1, deben estar presentes, con al menos tres de los comprendidos del 9 al 23.
- Al menos uno de los síntomas del 9 al 23 deben estar presentes durante al menos seis meses.
- Clara pobreza de las relaciones con compañeros reflejada por el aislamiento, rechazo e impopularidad y por la carencia de amigos íntimos duraderos.



F91.2 Trastorno disocial en niños socializados

Trastorno de la conducta que implica un comportamiento disocial o agresivo persistente (que cumple con todos los criterios de F91.- y que no implica un mero comportamiento opositor, desafiante o perjudicial) que se presenta en personas que generalmente se hallan bien integradas al grupo de sus pares.

Incluye: Trastorno de conducta en niños socializados

Ausencia escolar

Delincuencia en grupo

Delitos en el contexto de la pertenencia a una pandilla

Robo en compañía de otros

Trastorno de la conducta de tipo grupal

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Deben satisfacerse los criterios generales de F91.
- B. Tres o más de los síntomas de F91, criterio G1, deben estar presentes, con al menos tres de los comprendidos del 9 al 23.
- C. Al menos uno de los síntomas del 9 al 23 deben estar presentes durante al menos seis meses.
- D. Los trastornos del comportamiento incluyen el ámbito extrafamiliar.
- E. Las relaciones con compañeros están dentro de los límites normales.

Anotación Latinoamericana

Se recomienda tener mucha cautela con el uso de esa subcategoría, para evitar incluir en ella actividades disociales no debidas a un trastorno mental. Cuando las actuaciones antisociales son una respuesta adaptativa o de supervivencia al ambiente en que vive no deben considerarse un trastorno mental.

F91.3 Trastorno opositor desafiante

Trastorno de la conducta que ocurre habitualmente en niños pequeños, que se caracteriza principalmente por un comportamiento notablemente desafiante, desobediente y perjudicial, y que no incluye acciones delictivas ni las formas extremas de comportamiento agresivo o asocial. Para ser codificado aquí, el trastorno debe cumplir con todos los criterios de F91.-, y no es suficiente para el diagnóstico un comportamiento incluso profundamente travieso o pícaro. Esta categoría debe ser utilizada con precaución, especialmente para niños mayores, dado que el trastorno de la conducta clínicamente significativo se acompaña habitualmente de comportamientos asociales o agresivos, que van más allá de una actitud meramente desafiante, desobediente o perjudicial.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Deben satisfacerse los criterios generales de F91.
- B. Cuatro o más de los síntomas de F91, criterio G1, sin exceder dos síntomas del 9 al 23.



- C. Los síntomas del criterio B deben ser maladaptativos o inadecuados para el nivel de desarrollo.
- D. Al menos cuatro de los síntomas deben estar presentes durante al menos seis meses.

F91.8 Otros trastornos disociales, especificados

Incluye: Otros trastornos disociales

F91.9 Trastorno disocial no especificado

Incluye: Trastorno disocial no especificado

Trastorno:

- del comportamiento en la niñez sin especificación
- de la conducta en la niñez sin especificación

Criterios Diagnósticos de Investigación

No se recomienda esta categoría residual y debería usarse tan sólo para aquellos trastornos que satisfagan los criterios generales de F91 sin haber sido especificados como subtipos y sin satisfacer los criterios de ninguno de los subtipos especificados.

F92 Trastornos mixtos disociales y de las emociones

Este grupo de trastornos se caracteriza por la combinación de un comportamiento agresivo, disocial o desafiante persistente, con síntomas evidentes y marcados de depresión, ansiedad y otros desórdenes emocionales. Para ser incluidos en esta categoría, los trastornos deben cumplir tanto con los criterios de los trastornos de la conducta en la niñez (F91.-) como con los de los trastornos emocionales en la niñez (F93.-), con los de un diagnóstico de neurosis de tipo adulto (F40-F48) o de un trastorno del humor (F30-F39).

Incluye: Trastornos de conducta y de las emociones, mixtos

F92.0 Trastorno disocial depresivo

Para esta categoría se requiere de la combinación de un trastorno de la conducta (F91.-), con una depresión aguda (F32.-), recurrente (F33.-) o persistente (F34.1, F34.8, F34.9), que se manifiesta por síntomas tales como excesiva aflicción, pérdida del interés y del goce de actividades habituales, tendencia a inculparse y desesperanza. Puede haber también perturbaciones del sueño y del apetito.

Incluye: Trastorno de la conducta en F91.- asociado con trastorno depresivo en F32.-

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Deben satisfacerse los criterios generales de F91.
- B. Deben satisfacerse los criterios de uno de los trastornos del humor (afectivos) (F30-F39).



Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR advierte a los clínicos latinoamericanos la problemática planteada por la descripción original de esta categoría, así como la inconsistencia del criterio B de investigación, debido a que algunos de los trastornos depresivos en F30 – F39 no se presentan exclusivamente como trastornos depresivos. Tal es el caso, por ejemplo de F34.0, Ciclotimia, la cual incluye períodos tanto de depresión como de hipomanía, durante al menos 2 años. Una solución definitiva a esta problemática la daría la denominación de esta categoría como F92.0, Trastorno disocial afectivo, con lo cual, en efecto, sus Criterios Diagnósticos de Investigación resultarían apropiados y su descripción se simplificaría considerablemente.

Una solución alternativa es la que la GLADP-VR ha elegido aquí, mediante la cual el nombre de la categoría se preserva, y se incluye, como parte de ella, sólo aquellos trastornos en los que el componente afectivo es claramente depresivo.

Debe tenerse en cuenta, por otro lado, que los trastornos disociales no son raros y los depresivos muy frecuentes, por lo que un solapamiento de ambos no resultaría inusual. Sin hacer alusión a que las manifestaciones de ambos deban ser coincidentes en el tiempo, o alguna otra característica de su asociación sindrómica que le dé fisonomía propia, no hay modo de distinguir esta categoría diagnóstica de un solapamiento de 2 trastornos independientes o de un trastorno depresivo en un muchacho con comportamiento delictivo, pero sin un trastorno disocial codificable como tal.

Por todo lo anterior, la GLADP-VR recomienda no usar esta categoría y diagnosticar, cuando así lo requiera el cuadro clínico del paciente, ambos trastornos (el trastorno disocial y el afectivo, depresivo o no) como entidades separadas.

F92.8 Otros trastornos mixtos disociales y de las emociones, especificados

Para esta categoría se requiere de la combinación de un trastorno de la conducta (F91.-), con síntomas emocionales marcados y persistentes tales como ansiedad, obsesiones o compulsiones, despersonalización o desvinculación de la realidad, fobias o hipocondriasis.

Incluye: Trastorno de la conducta en F91.- asociado con:

- trastorno emocional en F93.-
- trastorno neurótico en F40-F48

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Deben satisfacerse los criterios generales de F91.
- B. Deben satisfacerse los criterios de uno de los trastornos neuróticos, somatomorfos o relacionados con el estrés (F40-48) o de los trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia (F93.).

F92.9 Trastorno mixto disocial y de las emociones no especificado



F93 Trastornos emocionales de comienzo específico en la niñez

Más que fenómenos cualitativamente anormales por sí mismos, se trata principalmente de exageraciones de las tendencias normales del desarrollo. La adecuación del desarrollo se usa como rasgo diagnóstico clave para definir la diferencia entre estos trastornos emocionales que comienzan específicamente en la niñez y los trastornos neuróticos (F40-F48).

Excluye: Cuando se asocian con trastornos de la conducta (F92.-)

Criterios Diagnósticos de Investigación

Nota: El trastorno de ansiedad fóbica en la niñez (F93.1), el trastorno de ansiedad social en la niñez (F93.2) y el trastorno de ansiedad generalizada en la niñez (F93.80) se asemejan claramente a algunos de los trastornos de F40-F48. Sin embargo, existen evidencias y corrientes de opinión que sugieren que los trastornos de ansiedad en los niños exhiben diferencias suficientes como para justificar el desarrollo categorías adicionales para éstos. En sucesivos estudios debe clarificarse si es posible encontrar descripciones y definiciones que pueden ser usados satisfactoriamente para adultos y niños al mismo tiempo o si es preferible mantener la distinción entre ambos grupos.

F93.0 Trastorno de ansiedad de separación en la niñez

Debe diagnosticarse cuando el temor a la separación constituye el foco de la ansiedad y cuando ésta haya surgido durante los primeros años de la niñez. Se diferencia de la ansiedad normal de separación cuando alcanza un grado (gravedad) estadísticamente poco usual (incluida una persistencia anormal, más allá de la edad usual), como también cuando se asocia con un funcionamiento social significativamente deteriorado.

Incluye: Trastorno de ansiedad de separación en la infancia

Excluye: Trastorno(s):

- de ansiedad:
 - social en la niñez (F93.2)
 - fóbica en la niñez (F93.1)
 - generalizada en la niñez (F93.80)
- del humor [afectivos] (F30-F39)
- neuróticos (F40-F48)

Criterios Diagnósticos de Investigación

A. Presencia de al menos tres de los siguientes síntomas:

- 1) Preocupación injustificada a posibles daños que pudieren acaecer a personas significativas o temor a que alguna de éstas le abandone o fallezca.
- 2) Preocupación injustificada a que un acontecimiento fatal le separe de una persona significativa, como perderse, ser secuestrado, hospitalizado o asesinado.
- 3) Desagrado o rechazo persistentes a ir al colegio por el temor a la separación, predominando más que otros motivos, como el miedo a algo que pudiera ocurrir en el colegio.



- 4) Dificultad para separarse por la noche, manifestado por lo siguiente:
- a) desagrado o rechazo persistentes a irse a la cama sin la cercanía de una persona significativa;
 - b) levantarse frecuentemente en la noche para comprobar la cercanía o para dormir cerca de alguna persona significativa;
 - c) desagrado o rechazo persistentes a dormir fuera de casa.
- 5) Temor inadecuado y persistente a estar solo o sin la persona significativa en casa durante el día.
- 6) Pesadillas reiteradas sobre temas relacionados con la separación.
- 7) Síntomas somáticos reiterados, tales como náuseas, gastralgias, cefaleas o vómitos, en situaciones que implican separación de una persona significativa, tal y como salir de casa para ir al colegio.
- 8) Malestar excesivo y recurrente, manifestado por ansiedad, llanto, rabieta, tristeza, apatía o retraimiento social, en anticipación a una separación de una persona significativa o durante o inmediatamente después de ella.
- B. Ausencia de trastorno por ansiedad generalizada en la infancia (F93.80).
- C. Aparición antes de los seis años de edad.
- D. Ausencia de alteraciones generalizadas del desarrollo de la personalidad o del comportamiento, trastornos psicóticos o trastornos por uso de sustancias psicoactivas.
- E. Duración de al menos cuatro semanas.

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR sugiere tener en cuenta, como criterios clínicos de importancia diagnóstica, la presencia frecuente (en casos adecuadamente explorados) de:

- a) Antecedentes familiares de ansiedad de separación.
- b) Presencia (actual) de manifestaciones de ansiedad de separación en un importante número de las madres de niños que padecen de este trastorno.

La narrativa se hace imprescindible en este caso.

F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica en la niñez

Temores de los niños que tienen una marcada especificidad en la fase del desarrollo y que surgen (en algún grado) en la mayoría de ellos, pero que en este caso alcanzan un grado anormal. Los otros miedos que surgen en la niñez y que no son parte normal del desarrollo psicosocial (por ejemplo, la agorafobia), deben ser codificados bajo la categoría adecuada en la sección F40-F48.

Excluye: Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)
Trastorno de ansiedad de separación (F93.0)
Trastorno de ansiedad generalizada en la niñez (F93.80)



Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Miedo persistente o recurrente (fobia) adecuado a la fase del desarrollo en que aparece (o lo era en el momento de la aparición), pero de intensidad anormal, acompañado de una incapacidad social importante.
- B. Ausencia de trastorno por ansiedad generalizada en la niñez (F93.80).
- C. Ausencia de alteraciones generalizadas del desarrollo de la personalidad o del comportamiento, trastornos psicóticos o por uso de sustancias psicoactivas.
- D. Duración de al menos cuatro semanas.

F93.2 Trastorno de ansiedad social en la niñez

En este trastorno hay cautela frente a los extraños y aprehensión o ansiedad al encontrar situaciones sociales nuevas, raras o amenazadoras. Esta categoría debe usarse sólo cuando tales temores surgen en edades tempranas y son al mismo tiempo de grado extraordinario y se acompañan de problemas en el comportamiento social.

Incluye: Trastorno de hipersensibilidad social en la infancia
Trastorno evasivo de la niñez o de la adolescencia

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Ansiedad persistente en situaciones sociales en las que el niño es expuesto a la presencia de gente no familiar, incluyendo a los compañeros de colegio, y que se manifiesta en forma de una conducta de evitación social.
- B. Auto-observación, sentimientos de vergüenza y excesiva preocupación acerca de la adecuación de su conducta cuando se encuentra con figuras no familiares.
- C. Interferencia significativa con las relaciones sociales (incluyendo a los compañeros de colegio) que son en consecuencia restringidas. Cuando se enfrenta a situaciones sociales nuevas de forma forzada, se produce un estado de intenso malestar e incomodidad manifestado por llanto, falta de lenguaje espontáneo o retraimiento de la situación social.
- D. Las relaciones sociales con figuras familiares (miembros de la familia o amigos muy cercanos) son satisfactorias.
- E. El comienzo del trastorno coincide con una fase del desarrollo en la que estas reacciones de ansiedad son consideradas apropiadas. La anormalidad de la intensidad, la persistencia en el tiempo y la limitación funcional asociadas deben ser manifiestas antes de los seis años de edad.
- F. No se satisfacen los criterios del trastorno de ansiedad generalizada de la niñez (F93.80).
- G. Ausencia de alteraciones generalizadas del desarrollo de la personalidad y el comportamiento, trastornos psicóticos o por uso de sustancias psicoactivas.

F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos

La mayoría de los niños pequeños manifiesta habitualmente algún grado de perturbación emocional después del nacimiento de un hermano menor inmediato.



Debe diagnosticarse un trastorno de la rivalidad entre hermanos sólo si el grado o la duración de la perturbación son estadísticamente poco usuales y se asocian con anormalidades de la interacción social.

Incluye: Celos de los hermanos

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Sentimientos negativos anormalmente intensos hacia un hermano inmediatamente menor.
- B. Trastorno emocional manifestado por comportamientos regresivos, rabietas, disforia, trastornos del sueño, conductas oposicionistas o de búsqueda de atención con uno o ambos progenitores (deben estar presentes dos o más de estos síntomas).
- C. Comienzo en los primeros seis meses desde el nacimiento del hermano inmediatamente menor.
- D. Duración de al menos cuatro semanas.

Anotación Latinoamericana

En la GLADP-VR se reconoce que:

1. La situación celotípica no se da solamente en relación con el nacimiento.
2. No es exclusiva del hermano o hermanos mayores, puesto que cualquier eventualidad en que la atención o las expresiones de afecto se desvíen hacia uno de ellos puede provocarla.
3. Puede darse en niños con otro o ningún grado de consanguinidad, siempre que se hayan criado como hermanos.

En consonancia con esto, la GLADP-VR interpreta los Criterios Diagnósticos de Investigación de esta categoría de la manera siguiente:

- A) Presencia de sentimientos de resentimiento u odio hacia un hermano, que son claramente desproporcionadas, y causan gran malestar al paciente y distorsiones en la dinámica familiar.
- B) Síntomas de sufrimiento (ansiedad, depresión, irritabilidad, manifestaciones regresivas, rabietas, comportamientos teatrales y otras formas de llamar la atención), y de hostilidad hacia el hermano (agresividad verbal o física, que puede llegar a ser grave y hasta letal, negarse a compartir el tiempo, juguetes y actividades con él, etc.). También puede haber manifestaciones de rechazo, hostilidad y de resistencia pasiva o de demandas afectivas exageradas hacia los padres u otras personas implicadas en los celos del paciente.
- C) Estos síntomas están presentes en número, intensidad y duración suficientes, como para satisfacer el criterio A. Han aparecido en un lapso de 6 meses a partir del nacimiento de un nuevo hermano, o del inicio de una situación que ha desplazado la atención y manifestaciones de cariño hacia un hermano carnal o de crianza y ha durado, por lo menos, un mes.



D) La posibilidad de que las manifestaciones anteriormente descritas formen parte de un trastorno más amplio puede ser razonablemente descartada.

Estos criterios satisfacen los requerimientos para investigaciones de la CIE-10, excepto por su extensión a un hermano no carnal o que no sea el inmediatamente mayor al que provocó los celos, y a situaciones distintas al nacimiento de un nuevo hermano.

F93.8 Otros trastornos emocionales en la niñez, especificados

Incluye: Trastorno de identidad
Trastorno hiperansioso
Trastorno de ansiedad generalizado en la niñez (F93.80)

Excluye: Trastornos de la identidad de género en la niñez (F64.2)

Criterios Diagnósticos de Investigación

Nota: La variedad de los síntomas de ansiedad en los niños y adolescentes es con frecuencia más limitada que en los adultos (véase F41.1) y, en particular, los síntomas específicos de activación autonómica son a menudo menos prominentes. Para estos individuos puede utilizarse, si se prefiere, el siguiente conjunto alternativo de criterios:

- A. Ansiedad marcada y preocupaciones (expectación aprensiva) que ocurre al menos la mitad de los días durante un periodo de al menos seis meses. La ansiedad y las preocupaciones deben estar referidas al menos a varios acontecimientos o actividades (tales como el trabajo o el rendimiento escolar).
- B. El niño encuentra muy difícil controlar las preocupaciones.
- C. La ansiedad y las preocupaciones están acompañadas por al menos tres de los siguientes síntomas (incluyendo al menos dos síntomas que están presentes durante al menos la mitad del número total de días):
 - 1) Inquietud y sentimientos de estar “al límite” (manifestados por sensación de tensión mental junto a incapacidad para relajarse).
 - 2) Sensación de cansancio y agotamiento a causa de la preocupación o la ansiedad.
 - 3) Dificultad para concentrarse o sensación de bloqueo mental.
 - 4) Irritabilidad.
 - 5) Tensión muscular.
 - 6) Alteraciones del sueño (dificultades de conciliación o sueño intranquilo e insatisfactorio) a causa de la preocupación o la ansiedad.
- D. La ansiedad y las preocupaciones abarcan al menos dos situaciones, actividades, contextos o circunstancias. La ansiedad es generalizada y no se presenta como episodios paroxísticos (como en el caso del trastorno por angustia), ni las principales preocupaciones están circunscritas a un solo tema principal (como en la ansiedad de separación o en el trastorno fóbico de la infancia). Cuando se identifica una ansiedad focalizada en el contexto amplio de una ansiedad generalizada, la ansiedad generalizada es considerada de forma preferente.



- E. Inicio en la infancia o adolescencia (antes de los dieciocho años de edad).
- F. La ansiedad, las preocupaciones o los síntomas físicos causan un malestar clínicamente significativo o una alteración en la vida social, ocupacional o en otras áreas vitales importantes.
- G. El trastorno no es debido a los efectos directos de alguna sustancia (sustancias psicoactivas, medicación), de alguna enfermedad médica general (hipertiroidismo) y no ocurre exclusivamente asociado a trastornos del humor, trastornos psicóticos o trastornos generalizados del desarrollo psicológico.

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR propone incluir en esta categoría (F93.8) el trastorno de ansiedad generalizado en la niñez (F93.80). La codificación quedaría de la siguiente manera:

F93.80 Trastorno de ansiedad generalizada en la niñez

Nota: La variedad de los síntomas de ansiedad en los niños (incluidos aquí los adolescentes) es con frecuencia más limitada que en los adultos (véase F41.1, Trastorno de ansiedad generalizada) y, en particular, los síntomas específicos de activación autonómica son a menudo menos prominentes. Para estos individuos, puede utilizarse si se prefiere el siguiente conjunto alternativo de criterios:

- A. Ansiedad marcada y preocupaciones (expectación aprensiva) que ocurre al menos la mitad de los días durante un periodo de al menos seis meses. La ansiedad y las preocupaciones deben estar referidas al menos a varios acontecimientos o actividades (tales como el trabajo o el rendimiento escolar).
- B. El niño encuentra muy difícil controlar las preocupaciones.
- C. La ansiedad y las preocupaciones están acompañadas por al menos tres de los siguientes síntomas (incluyendo al menos dos síntomas que están presentes durante al menos la mitad del número total de días):
 - 1) Inquietud y sentimientos de estar “al límite” (manifestados por sensación de tensión mental junto a incapacidad para relajarse).
 - 2) Sensación de cansancio y agotamiento a causa de la preocupación o la ansiedad.
 - 3) Dificultad para concentrarse o sensación de bloqueo mental.
 - 4) Irritabilidad.
 - 5) Tensión muscular.
 - 6) Alteraciones del sueño (dificultades de conciliación o sueño intranquilo e insatisfactorio) a causa de la preocupación o la ansiedad.
- D. La ansiedad y las preocupaciones abarcan al menos dos situaciones, actividades, contextos o circunstancias. La ansiedad es generalizada y no se presenta como episodios paroxísticos (como en el caso del trastorno por angustia), ni las principales preocupaciones están circunscritas a un



solo tema principal (como en la ansiedad de separación o en el trastorno fóbico de la infancia). (Cuando se identifica una ansiedad focalizada en el contexto amplio de una ansiedad generalizada, la ansiedad generalizada es considerada de forma preferente).

- E. Inicio en la infancia o adolescencia (antes de los dieciocho años de edad).
- F. La ansiedad, las preocupaciones o los síntomas físicos causan un malestar clínicamente significativo o una alteración en la vida social, ocupacional o en otras áreas vitales importantes.
- G. El trastorno no es debido a los efectos directos de alguna sustancia (sustancias psicoactivas, medicación), de alguna enfermedad médica general (hipertiroidismo) y no ocurre exclusivamente asociado a trastornos del humor, trastornos psicóticos o trastornos generalizados del desarrollo psicológico.

Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR propone también añadir como parte de esta categoría (F93.8) la subcategoría siguiente:

F93.81 Inadaptación neurótica en la niñez

Se caracteriza por la aparición desde los primeros años de la vida, de uno o varios síntomas neuróticos sin una estructuración definida, tales como ansiedad (con sus acompañantes somáticos), onicofagia (siempre que no sea un síntoma aislado), inquietud motora y síntomas aislados de carácter histriónico, obsesivo-compulsivo, fóbico o depresivo. El niño que la sufre suele ser temeroso, inhibido, excesivamente dependiente para su edad y con frecuencia reporta trastornos del sueño. Los síntomas se exacerban o atenúan en relación con situaciones ambientales y pueden eventualmente conformar una de las formas de los trastornos neuróticos propios de la adultez, mantenerse estáticos o desaparecer. Dicho trastorno es de menor intensidad y diferenciación que los trastornos neuróticos y aparece, preferentemente, antes de los 6 o 7 años de edad. Suele ser más estable y menos dependiente de factores desencadenantes que los trastornos de adaptación.

Es posible que estos síntomas, que aparecen habitualmente en la niñez, se presenten también en la adolescencia temprana, en forma de cuadros no bien definidos que, ni pueden ser incluidos en F40-F42, ni son la consecuencia de una descompensación provocada básicamente por la situación general de la etapa del desarrollo por la cual atraviesa el individuo.

Pautas para el diagnóstico

- A. Presencia de síntomas de nivel neurótico desde etapas tempranas de la vida (generalmente antes de los 7 años).
- B. Dichos síntomas:
 - 1) Carecen de la estructuración y especificidad requerida para satisfacer los criterios diagnósticos de alguno de los "Trastornos Neuróticos"



(Categorías F40, trastornos fóbicos de ansiedad; F41, otros trastornos de ansiedad; F42, trastorno obsesivo compulsivo; F44, trastornos disociativos (de conversión); o F48, otros trastornos neuróticos).

- 2) Han estado presentes, la mayor parte del tiempo durante al menos 1 año.
- 3) Son causa de sufrimiento evidente o interfieren con el funcionamiento del niño de manera significativa en algún área importante.
- 4) No son atribuibles al efecto de estresores actuales (F43, reacción al estrés grave y trastorno de adaptación) ni a ningún otro trastorno codificable en este manual.

Incluye: Estado preneurótico

Rasgos neuróticos de la personalidad en la niñez y la adolescencia.

Excluye: Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40 a F48)

Ansiedad de separación (F93.0).

Trastorno Fóbico (F93.1)

Trastorno de ansiedad social de la niñez (F93.2)

Trastorno de rivalidad entre hermanos (F93.3).

Trastorno de ansiedad generalizada en la niñez (F93.80)

Comentario adicional: proponer difusión de casos clínicos y, en su momento, evaluación del criterio con sumatoria de experiencias, en protocolo de investigación.

F93.9 Trastorno emocional en la niñez, no especificado

F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia

Grupo algo heterogéneo de trastornos que tienen en común el inicio de anomalías del comportamiento social durante la etapa de desarrollo, pero que (a diferencia de los trastornos generalizados del desarrollo) no se caracterizan principalmente por incapacidad social aparentemente constitucional o por deficiencias que afectan todas las áreas del comportamiento. En muchos casos es probable que las distorsiones o las privaciones graves originadas en el entorno desempeñen un papel etiológico fundamental.

F94.0 Mutismo selectivo

Se caracteriza por una selectividad marcada y emocionalmente determinada al hablar, de tal manera que en algunas situaciones el niño demuestra competencia en el lenguaje, pero fracasa en otras situaciones (definidas). El trastorno se asocia habitualmente con características marcadas de la personalidad, que implican ansiedad social, aislamiento, sensibilidad o resistencia.

Incluye: Mutismo selectivo

Excluye: Esquizofrenia (F20.-)

Mutismo transitorio como parte de la ansiedad de separación en niños pequeños (F93.0)



Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje (F80.-)
Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Expresión y comprensión lingüísticas, evaluadas mediante tests de aplicación individual, dentro de los límites de dos desviaciones típicas para la edad del niño.
- B. Evidencia demostrable de un fallo constante y previsible para hablar en algunas situaciones sociales a pesar de poder hacerlo en otras.
- C. La duración del mutismo electivo excede las cuatro semanas.
- D. Ausencia de trastorno generalizado del desarrollo psicológico (F84.-).
- E. El trastorno no puede ser explicado por una falta de conocimiento del lenguaje hablado requerido para dicha situación.

F94.1 Trastorno de la vinculación en la niñez, tipo reactivo

Comienza durante los primeros cinco años de la vida, y se caracteriza por anomalías persistentes en el patrón de relaciones sociales, que se asocian con perturbaciones emocionales y que son reactivas a cambios en las circunstancias del entorno (por ejemplo, temor e hipervigilancia, interacción social pobre con otros niños, agresión contra sí mismo y contra los demás, aflicción y, en algunos casos, falla del crecimiento. Probablemente el síndrome es producto directo de negligencia paterna grave, abuso o maltrato importante.

Use código adicional, si desea identificar cualquier falla del desarrollo o retardo del crecimiento asociados.

Incluye: Trastorno de vinculación de la infancia, reactivo

Excluye: Abuso sexual o físico en la niñez, que produce alteraciones psicosociales (Z61.4 - Z61.6)
Síndrome de Asperger (F84.5)
Síndromes del maltrato (T74.-)
Trastorno de la vinculación en la niñez, tipo desinhibido (F94.2)
Variación normal en el patrón de vinculación selectiva

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Aparición antes de los cinco años de edad.
- B. Actitudes sociales fuertemente contradictorias o ambivalentes en muy diversas situaciones, aunque puedan ser variables de unas relaciones a otras.
- C. Trastorno emocional manifestado por tristeza, falta de respuesta emocional, reacciones de aislamiento, respuestas agresivas al malestar propio o de los demás, o atemorización expectante.
- D. Evidencia de capacidad conservada para la reciprocidad social y de sensibilidad reflejada por la existencia de elementos de las relaciones sociales normales cuando el sujeto se relaciona con adultos sanos.
- E. No se satisfacen los criterios para trastornos generalizados del desarrollo (F84).



F94.2 Trastorno de la vinculación en la niñez, tipo desinhibido

Patrón particular de comportamiento social anormal, que surge durante los primeros cinco años de la vida y que tiende a mantenerse a pesar de cambios profundos en las circunstancias del entorno; por ejemplo, comportamiento afectivo difuso y no selectivamente focalizado, búsqueda de atención y un comportamiento amistoso indiscriminado, interacciones con otros niños escasamente adaptadas; según las circunstancias, puede estar también asociado a perturbación emocional o del comportamiento.

Incluye: Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido
Psicopatía por falta de afecto
Síndrome institucional

Excluye: Hospitalismo en niños (F43.2)
Síndrome de Asperger (F84.5)
Trastorno de la vinculación en la niñez, tipo reactivo (F94.1)
Trastornos hiperkinéticos (F90.-)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Durante los cinco primeros años de vida se presenta como una característica persistente el establecimiento de vínculos difusos (este hecho no tiene por qué persistir en la segunda infancia). El diagnóstico requiere un fracaso relativo para establecer vínculos sociales selectivos, manifestado por:
- 1) Predisposición a buscar consuelo en los demás ante el malestar propio.
 - 2) Una falta de selectividad anormal (relativamente) hacia las personas en las que el consuelo es buscado.
- B. Interacciones sociales con personas extrañas pobremente moduladas.
- C. Se requiere para el diagnóstico al menos uno de los síntomas siguientes:
- 1) Conductas de adherencia en la primera infancia (niños pegajosos).
 - 2) Conductas de búsqueda de atención o de amistades sin discriminación durante las etapas infantiles posteriores.
- D. La falta general de especificidad por las situaciones descritas anteriormente debe ser clara. Para el diagnóstico se requiere que A y B sean manifiestas en todo un abanico de conductas sociales del niño.

F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la niñez, especificados

F94.9 Trastorno del comportamiento social en la niñez no especificado

F95 Trastornos por tics

Síndromes en los cuales la manifestación predominante es alguna forma de tic. Un tic es un acto motor involuntario, rápido, recurrente y no rítmico (que involucra habitualmente a grupos musculares circunscritos) o una emisión vocal de comienzo brusco, sin ningún propósito aparente. Los tics tienden a ser experimentados como irresistibles, pero habitualmente pueden ser suprimidos durante períodos variables, se exacerban con el estrés y desaparecen durante el sueño. Los tics motores simples



comunes incluyen parpadeo, sacudir el cuello, encogerse de hombros y muecas faciales. Los tics vocales simples comunes incluyen carraspear, toser, resoplar y sisear. Los tics complejos comunes incluyen golpearse, saltar y cojear. Los tics vocales complejos comunes incluyen la repetición de determinadas palabras y, a veces, la utilización de términos -a menudo obscenos- socialmente inaceptables (coprolalia), o la repetición de sonidos o palabras propios (palilalia).

Criterios Diagnósticos de Investigación

Nota: Un tic es un movimiento motor o una vocalización de carácter involuntario, brusco, rápido, recurrente, arrítmico y estereotipado.

Anotación Latinoamericana

En América Latina se les conoce popularmente como “manías”, “muecas” o “mal de San Vito” o “mal de Sambito”.

F95.0 Trastorno por tic transitorio

Cumple con los criterios generales del trastorno por tic, pero sin durar más de 12 meses. Estos tics toman habitualmente la forma de parpadeos, muecas faciales o cabeceos.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Presencia de tics simples o múltiples, de tipo motor o fonatorio, que se repiten múltiples veces la mayor parte de los días durante un período de al menos cuatro semanas.
- B. Duración no superior a 12 meses.
- C. Ausencia de antecedentes de síndrome de Gilles de la Tourette. El trastorno no es secundario a otros trastornos físicos ni corresponde a los efectos secundarios de alguna medicación.
- D. Aparición antes de los 18 años de edad.

F95.1 Trastorno por tic motor o vocal crónico

Cumple con los criterios generales de un trastorno por tic, en el que hay tics motores o vocales (pero no ambos), que pueden ser simples o múltiples (habitualmente son múltiples) y duran más de un año.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Presencia de tics motores o fonatorios, pero no ambos, que se repiten múltiples veces la mayor parte de los días, durante un período de al menos doce meses.
- B. No existen períodos de remisión durante dicho año superiores a dos meses.
- C. Ausencia de antecedentes de síndrome de Gilles de la Tourette. El trastorno no es secundario a otros trastornos físicos ni corresponde a los efectos secundarios de alguna medicación.
- D. Aparición antes de los 18 años de edad.



F95.2 Trastorno por tics motores y vocales múltiples combinados (de la Tourette)

Es una forma del trastorno en la que hay – o hubo – tics motores múltiples y uno o más tics vocales, aunque no es necesario que éstos hayan tenido lugar simultáneamente. El trastorno se agrava habitualmente durante la adolescencia, y tiende a persistir en la edad adulta. Los tics vocales son a menudo múltiples, con vocalizaciones iterativas explosivas, carraspeos y gruñidos, y puede aparecer el uso de palabras o frases obscenas. A veces se da una ecopraxia gestual asociada, la cual puede ser también de naturaleza obscena (copropraxia).

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Presencia de tics motores múltiples que, junto a uno o más tics fonatorios, deben presentarse en algún momento de la evolución del trastorno, pero no necesariamente juntos.
- B. Los tics deben presentarse muchas veces al día, casi todos los días durante más de 1 año, sin ningún período de remisión durante ese año superior a dos meses.
- C. Aparición antes de los 18 años de edad.

F95.8 Trastornos por otros tics, especificados

F95.9 Trastorno por tic no especificado

Incluye: Tic sin especificación

Criterios Diagnósticos de Investigación

Se trata de una categoría residual no recomendada para los trastornos que satisfagan los criterios generales de los trastornos de tics, pero cuya subcategoría particular no está especificada, o en los que no se satisfagan completamente los criterios de F95.0, Trastorno por tic transitorio; F95.1, Trastorno por tic motor o vocal crónico; y F95.2, Trastorno por tics motores y vocales múltiples combinados (de la Tourette).

F98 Otros trastornos emocionales y del comportamiento, que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia

Grupo heterogéneo de trastornos que comparten la característica de comenzar en la niñez pero que, aparte de eso, difieren en muchos aspectos. Algunas de las afecciones representan síndromes bien definidos, pero otras no son más que síntomas complejos que requieren su inclusión por su frecuencia, porque se asocian con problemas psicosociales y porque no pueden ser incorporados a otros síndromes.

Excluye: Ataques de retención de la respiración (R06.8)

Síndrome de Kleine-Levin (G47.8)

Trastorno de la identidad con el género en la niñez (F64.2)

Trastornos del sueño debidos a causas emocionales (F51.-)

Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-)

F98.0 Enuresis no orgánica

Trastorno caracterizado por la emisión involuntaria de orina durante el día y durante la noche, considerado anormal para la edad mental de la persona y que no es consecuencia de una pérdida del control vesical debida a cualquier trastorno



neurológico, ataques epilépticos o anomalías anatómicas de las vías urinarias. La enuresis puede haber estado presente desde el nacimiento o puede haber surgido en un período siguiente a la adquisición del control vesical. La enuresis puede estar o no asociada con un trastorno emocional o del comportamiento más amplio.

Incluye: Enuresis (primaria) (secundaria):

- de origen no orgánico
 - funcional
 - psicógena
- Incontinencia urinaria de origen no orgánico

Excluye: Enuresis sin especificación (R32)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. La edad cronológica y mental debe ser de al menos cinco años.
- B. Emisión involuntaria o intencionada de orina en la cama o en la ropa que se presenta al menos dos veces al mes en niños menores de siete años y al menos una vez al mes en los de siete o más años.
- C. La enuresis no es consecuencia de ataques epilépticos, de incontinencia de origen neurológico ni de anomalías estructurales del tracto urinario ni de otros trastornos físicos.
- D. No presenta otros trastornos psiquiátricos codificados en la CIE-10.
- E. El cuadro debe haber estado presente durante al menos tres meses.

Clasificación opcional con un quinto dígito:

F98.00 Enuresis sólo nocturna

F98.01 Enuresis sólo diurna

F98.02 Enuresis nocturna y diurna

Anotación Latinoamericana

Por su incompatibilidad con la descripción general de esta categoría, la GLADP-VR interpreta el criterio de investigación D, de la siguiente manera:

- D. La enuresis no es consecuencia directa de otro trastorno mental y del comportamiento codificado en la CIE-10.

F98.1 Encopresis no orgánica

Emisión repetida, voluntaria o involuntaria, de materia fecal, habitualmente de consistencia normal o casi normal, en lugares no adecuados para estos fines en el ambiente sociocultural de la persona. La acción puede representar una prolongación anormal de la incontinencia infantil normal, implicar una pérdida de la continencia después de la adquisición del control intestinal o ser una deposición deliberada de las heces en lugares inadecuados, a pesar de tener la persona un control fisiológico intestinal normal. La afección puede ocurrir como un trastorno monosintomático o puede formar parte de un trastorno más amplio, especialmente un trastorno emocional (F93.-) o un trastorno de la conducta (F91.-).



Incluye: Encopresis:

- funcional
- psicógena

Incontinencia fecal de origen no orgánico

Use código adicional, si desea identificar la causa de cualquier constipación coexistente

Excluye: Encopresis sin especificación (R15)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Emisión repetida de heces en lugares inapropiados (ropas, suelo) involuntaria o intencionadamente. Incluye la incontinencia por rebosamiento secundaria a retención fecal funcional.
- B. Edad cronológica y mental de al menos cuatro años.
- C. Al menos un episodio de encopresis al mes.
- D. Duración de al menos seis meses.
- E. Ausencia de cuadros orgánicos que pudieran ser una causa suficiente de la encopresis.

Clasificación opcional con un quinto dígito:

F98.10 con fracaso de la adquisición del control esfinteriano

F98.11 con deposiciones en lugares inadecuados a pesar de un control esfinteriano normal

F98.12 con deposiciones líquidas por rebosamiento secundario a retención funcional

Anotación Latinoamericana

De acuerdo con la descripción que la CIE-10 ofrece de esta subcategoría diagnóstica, se registra en ella la emisión de heces fecales en lugares no adecuados para el entorno sociocultural del niño, independientemente de que: a) esto se haga de manera voluntaria o no; b) haya un adecuado control del esfínter anal; c) exista un trastorno (primario o secundario) del control de dicho esfínter; d) el trastorno tenga un carácter primario (monosintomático); e) la incontinencia fecal sea la consecuencia del estreñimiento causado por una enfermedad somática; o f) tal incontinencia fecal sea parte de un trastorno psíquico más amplio.

Tal descripción resta especificidad taxonómica y terapéutica a esta subcategoría, al incluir en ella trastornos de distintas causas (conocidas), que comprenden desde la consecuencia de una fisura anal hasta trastornos psiquiátricos amplios, susceptibles de codificación y tratamiento específico, sin dejar de incluir manifestaciones derivadas de situaciones estresantes e incluso condiciones no necesariamente morbosas, como un simple retraso en la adquisición del control del esfínter anal o un inadecuado entrenamiento en esta función.

En consonancia con lo antes expresado la GLADP-VR propone los siguientes



Criterios Diagnósticos de Investigación:

El diagnóstico de encopresis no orgánica se hará cuando:

- A. Se presente de manera iterativa después de los 4 años de edad, la emisión anormal de heces antes descritas.
- B. Dicho síntoma sea causa de marcado distrés o interfiera significativamente con las actividades normales del paciente.
- C. La encopresis no sea la consecuencia directa del uso de sustancias o de la presencia de anomalías, disfunciones o enfermedades somáticas.
- D. Dicho diagnóstico es compatible con la presencia de anomalías o trastornos somáticos que coadyuven o precipiten el síntoma, siempre que se cumpla el criterio C (codificar por separado el factor somático).
- E. Cuando la encopresis sea parte de un trastorno mental más amplio, se registrará como segundo diagnóstico, siempre que ella de por sí sea causa de profundo distrés o requiera de tratamiento específico.
- F. El cuadro clínico ha durado por lo menos 6 meses. Si las manifestaciones son muy intensas y se requiere de una terapéutica inmediata, el diagnóstico puede registrarse como “provisional” antes de transcurrido ese lapso.

F98.2 Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia y la niñez

Trastorno de la ingesta alimentaria, de variadas manifestaciones, habitualmente específico de la infancia y la niñez temprana. Por lo común implica el rechazo del alimento y caprichosidad extrema, en presencia de un aporte adecuado de alimentos, competencia razonable del cuidador y ausencia de enfermedad orgánica. Puede o no haber rumiación asociada (regurgitación repetida, sin náusea o enfermedad gastrointestinal).

Incluye: Trastorno de la rumiación en la infancia
Mericismo

Excluye: Anorexia nerviosa y otros trastornos de la ingestión de alimentos (F50.-)
Dificultades y mala administración de la alimentación (R63.3)
Pica en la infancia o la niñez (F98.3)
Problemas de la ingestión de alimentos en el recién nacido (P92.-)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Fracaso persistente en comer adecuadamente, o rumiación o regurgitación persistentes del alimento.
- B. Fracaso en la ganancia o pérdida de peso en un período de al menos un mes (dada la frecuencia de alteraciones alimentarias transitorias, los investigadores pueden escoger para fines concretos un mínimo de tres meses).
- C. Inicio del trastorno anterior a los seis años de edad.
- D. No se satisfacen criterios para ningún otro trastorno psiquiátrico de la CIE-10 (excepto el retraso mental).
- E. No existe una enfermedad orgánica que pueda explicar el fracaso de la conducta alimentaria.



F98.3 Pica en la infancia y la niñez

Ingestión persistente de sustancias no nutritivas (tales como tierra, fragmentos de pintura, etc.). Puede presentarse como uno de los muchos síntomas de un trastorno psiquiátrico más amplio (como el autismo) o como un comportamiento psicopatológico relativamente aislado. Sólo este último caso debe ser clasificado aquí. El fenómeno es más frecuente en niños retrasados mentales. Si hay también retraso mental (F70-F79) debe seleccionarse como diagnóstico principal.

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas, con una frecuencia de al menos dos veces por semana.
- B. Duración de al menos un mes (para algunos propósitos los investigadores pueden escoger un mínimo de tres meses).
- C. Ausencia de otros trastornos psiquiátricos de la CIE-10, excepto el retraso mental.
- D. La edad cronológica y mental debe ser de al menos dos años.
- E. El trastorno no puede ser un hábito culturalmente aceptado.

F98.4 Trastornos de los movimientos estereotipados

Movimientos voluntarios, repetitivos, estereotipados, no funcionales (y a menudo rítmicos), que no forman parte de ninguna afección psiquiátrica o neurológica reconocida. Cuando estos movimientos son síntomas de algún otro trastorno, sólo debe ser codificado el trastorno general. Los movimientos de la variedad no autolesionante incluyen balanceo del cuerpo o de la cabeza, jaladura y retorcimiento de cabellos, tamborileo amanerado de los dedos y palmoteo. El comportamiento estereotipado autolesionante incluye golpes repetitivos en la cabeza, bofetadas repetitivas, hurgueteo repetitivo de los ojos y mordedura de las manos, los labios y otras partes del cuerpo. Todos los trastornos de movimientos estereotipados ocurren más frecuentemente asociados con retraso mental (en este caso, deben codificarse ambos). Si hay hurgueteo de los ojos en un niño con deficiencia visual, ambos deben codificarse -el hurgueteo de los ojos en esta categoría y la afección visual- bajo el código del trastorno somático correspondiente.

Incluye: Trastorno del hábito/estereotipo.

Excluye: Estereotipias que son parte de una afección psiquiátrica más generalizada (F00-F95)
Hurgueteo de la nariz (F98.8)
Movimientos involuntarios anormales (R25.-)
Onicofagia (F98.8)
Succión del pulgar (F98.8)
Trastornos del movimiento de origen orgánico (G20-G25)
Trastornos por tics (F95.-)
Tricotilomanía (F63.3)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Presencia de movimientos estereotipados hasta un punto en el que causan daño físico o interfieren marcadamente con las actividades normales.
- B. Duración de al menos un mes.



- C. Ausencia de cualquier otro trastorno psiquiátrico de la CIE-10, excepto el retraso mental.

Clasificación opcional con un quinto dígito:

F98.40 sin autolesiones

F98.41 con autolesiones

F98.42 mixto

F98.5 Tartamudez (espasmofemia)

Habla caracterizada por repetición frecuente o prolongación de sonidos, sílabas o palabras, o bien, por vacilaciones frecuentes o pausas que interrumpen su flujo rítmico. Debe ser clasificada como un trastorno sólo si su gravedad es tal que deteriora notablemente la fluidez del discurso.

Excluye: Farfulleo (F98.6)
Trastornos por tics (F95.-)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Tartamudeo persistente o recurrente, de gravedad suficiente como para producir una alteración significativa de la fluidez del habla.
- B. Duración de al menos tres meses.

F98.6 Farfulleo

Alta velocidad del discurso, con interrupción de la fluidez, pero sin repeticiones ni vacilaciones, de tal gravedad que da lugar a un deterioro de la inteligibilidad del mismo. El habla es errática y disrítica, con accesos espasmódicos rápidos que implican habitualmente un fraseo erróneo.

Incluye: Tartaleo

Excluye: Tartamudez (F98.5)
Trastornos por tics (F95.-)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Farfulleo persistente o recurrente, de gravedad suficiente como para producir una alteración significativa de la inteligibilidad del habla.
- B. Duración de al menos tres meses.

F98.8 Otros trastornos emocionales y del comportamiento, que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia, especificados

Incluye: Hurgueteo de la nariz
Masturbación excesiva
Onicofagia
Succión del pulgar
Trastorno deficitario de la atención sin hiperactividad

F98.9 Trastornos emocionales y del comportamiento no especificados, que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia



TRASTORNO MENTAL, NO ESPECIFICADO (F99)

F99 Trastorno mental, no especificado

Incluye: Enfermedad mental sin especificación

Excluye: Trastorno mental orgánico sin especificación (F06.9)

F99.0 Trastorno mental no especificado (no psicótico)

F99.1 Trastorno mental no especificado (psicótico)



D.
Síndromes
Culturales



INTRODUCCIÓN

Las creencias acerca de la salud y de la enfermedad son una parte importante del sistema de creencias de cualquier cultura. Las categorías nosológicas psiquiátricas están influenciadas por la cultura y no son sólo el resultado de observaciones científicas (Mezzich et al., 1996) Las creencias etiológicas explican qué (gérmenes, restos alimenticios inadecuados o desequilibrios de los elementos fríos y calientes) o quién (fuerzas espirituales o invisibles tales como las brujas, la pérdida del alma o el mal de ojo) causa la enfermedad. El sistema teórico de la enfermedad es, pues, un sistema conceptual, es parte de la orientación cognoscitiva de los miembros del grupo. Esto tiene que ver con la clasificación, las explicaciones y las causas y efectos de los padecimientos. De tal manera que las enfermedades se definen típicamente en términos de sus signos y síntomas, causas percibidas y tratamientos curativos potenciales (Foster & Anderson, 1978).

Hay que tomar en cuenta que las clasificaciones de las enfermedades mentales cambian según las ideas que predominan en cada época y cultura (Bastide, 1965) y que nosotros no estamos exentos de ello. Es innegable que todos los diagnósticos médicos están contruidos socialmente (Eisenberg, 1996). América Latina es un área modelo en donde se puede investigar el origen, la transmisión y la difusión de las creencias y prácticas etnomédicas (Pachter, 1993). Gracias a lo mencionado y siguiendo a Alonso-Fernández (comunicación personal, 2000) podemos emprender la tarea de superar la etapa de clasificar *per se* y llegar al nivel de la comprensión de las enfermedades mentales.

Existen diversos términos que designan las formas particulares de expresar la enfermedad mental y de vehicular la patoplastia cultural. Rubel (1964), por ejemplo, propuso la siguiente definición para las categorías populares de malestar (*distress*): “Conjunto coherente de síntomas en una población dada cuyos miembros responden mediante patrones similares”. Más recientemente, se les ha llamado expresiones de sufrimiento (*Idioms of distress*), trastornos específicos de determinadas culturas, expresiones de infortunio, síndromes populares, y otros. Hemos escogido el término **síndromes ligados a la cultura o síndromes culturales** (*Culture bound syndromes*) por considerar que es el término que mejor refleja esta realidad.

Al iniciar esta tarea de nosología cultural nos encontramos ante una disyuntiva: a) describir minuciosamente todos los síndromes culturales en América Latina o, b) seleccionar epidemiológicamente tales síndromes y describir sólo los más representativos de la región. La primera opción implica una tarea titánica, innecesaria, que corre el riesgo de llevarnos a la postura de la psiquiatría exótica. Consideramos que lo fundamental para el clínico latinoamericano que consulta esta guía es tener una visión de conjunto que le permita acercarse al enfermo mental con un enfoque holístico y con respeto a su entorno cultural. Por esto decidimos presentar sólo algunos de los síndromes culturales más representativos, dejando la puerta abierta para enriquecer este capítulo en ediciones posteriores de la GLADP.

Un punto importante por desarrollar es el de conocer a fondo los códigos de expresión de las enfermedades según el área cultural, como indica Thoret (Comunicación personal, 2000); es decir, no sólo conocer el lenguaje materno de los



pacientes sino ir más allá de lo verbalizado. Otro aspecto importante que se deberá trabajar más adelante es el hecho de que en nuestros países la patología de la pobreza (Lewis, 1968) y las secuelas de los conflictos armados impregnan la vida de la mayoría de nuestros pacientes, lo que, no por ser algo cotidiano, deja de ser un grave problema generador de psicopatología. (Desjarlais, Eisenberg, Good & Kleinman, 1995). En pocas palabras esta guía representa una toma de conciencia de nuestra América mestiza.

Por otra parte, hemos agrupado y conservado los síndromes culturales descritos en la CIE-10 y en el DSM-IV, que no pertenecen específicamente a nuestra área cultural latinoamericana pero que el clínico debe conocer si tomamos en cuenta el aumento creciente de la migración poblacional hacia Latinoamérica. Se debe mencionar que en América Latina existe un consumo sacralizado de plantas psicotrópicas que no debe confundirse con los problemas de dependencias ni con el uso recreativo; tal es el caso del consumo de la hoja de coca en el altiplano del Perú y Bolivia. Los cambios en los patrones de consumo de estos productos psicotrópicos, que se observa lamentablemente en esas regiones, se deben a los procesos inevitables de aculturación que sufre la población, especialmente ahora con el impacto de la globalización y la difusión de los medios de comunicación masiva. Asimismo, respecto a las conductas sexuales en ciertas áreas rurales existen zoofilias culturalmente toleradas y que no cumplen con los criterios estrictos de un trastorno mental o del comportamiento. Algunos de los trastornos neuróticos especificados (F48.8), tales como el síndrome de Dhat, el Koro y el Latah, se incluyen en la sección de los síndromes culturales, por las razones arriba mencionadas.

Hollweg M. (1994) propone una clasificación general de los síndromes culturales en tres grandes rubros: a) Síndromes emocionales reactivos, b) Síndromes de “daño puesto” (embruados) y c) Enfermedades del alma (locura, ataques). Esta división podría sugerirse para esta sección.

Los trastornos específicos de ciertas culturas son trastornos no relacionados entre sí pero que tienen, en común, dos rasgos característicos: 1) No se pueden situar con facilidad dentro de las categorías que se han establecido internacionalmente para uso psiquiátrico. 2) Se han descrito, en primer lugar, en ciertas poblaciones o áreas culturales, y posteriormente parece que están de manera exclusiva restringidos a estas poblaciones. Estos síndromes también han sido denominados como «ligados» a una cultura o «reactivos» a una cultura, o bien se han considerado psicosis étnicas o exóticas. Algunos son raros y otros quizás son frecuentes cuando se consideran de manera comparada. Muchos son agudos y transitorios_lo que hace que su estudio sistemático sea muy difícil.

La situación de estos trastornos es controvertida de tal manera que muchos investigadores manifiestan que solo se diferencian en la intensidad cuando se comparan con trastornos ya incluidos en las clasificaciones psiquiátricas existentes, tales como los trastornos de ansiedad y las reacciones al estrés. Por lo tanto, siguiendo estas ideas, debería considerárseles como variaciones locales de trastornos aceptados desde hace tiempo. Su existencia exclusiva en determinadas poblaciones o áreas culturales también ha sido cuestionada.

Lógicamente se necesitan investigaciones que se centren en la fiabilidad de la descripción clínica de estos trastornos mediante estudios epidemiológicos. Con



el deseo de estimular y de ayudar a este tipo de investigación, se ha seleccionado un cierto número de los más aceptados y frecuentemente descritos “trastornos específicos de ciertas culturas”, y se ha resumido sus descripciones y características clínicas tal y como existen en la literatura médica y antropológica. El conocimiento que se tiene actualmente de los mismos hace que no sea provechoso seguir incluyendo más criterios diagnósticos detallados mediante los cuales estos trastornos puedan ser diferenciados claramente de otros. Tal vez, cuando exista una más fiable y detallada información clínica, se pueda ampliar el número de criterios. Se les ha asignado el código de la CIE-10 (Capítulo V [F]) que mejor les identifica, tomando como base lo sugerido en el Manual de la CIE-10), pero hay que tener en cuenta que esto se ha llevado a cabo sólo de manera tentativa. En algunos casos se da más de un código, ya que las descripciones disponibles sugieren que existe una variación considerable en las situaciones clínicas amparadas bajo esa denominación.

SÍNDROMES CULTURALES NO ESPECÍFICOS DE AMÉRICA LATINA

F68.81 Amok (Malasia)

Episodio indiscriminado, presumiblemente sin provocación, de comportamiento homicida o altamente destructivo, que culmina a menudo en suicidio o es seguido por amnesia o fatiga. La mayoría de los episodios ocurren sin que exista peligro, aunque algunos se precipitan tras un periodo de ansiedad intensa o de hostilidad. Algunos estudios sugieren que los casos pueden derivar de valores tradicionales de agresión extrema o de ataques suicidas en el arte de la guerra (Simons & Hughes, 1985; Yap, 1969).

Código sugerido de la CIE-10: Parte de la categoría F68.8, Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

Síndromes potencialmente relacionados: ahade idzi be (Nueva Guinea)-, benzi mazurazura (África), berserker gang (Escandinavia); cafarid (Polinesia); colerina (Latinoamérica); hwa-byung (Corea), iichaa (Pueblos nativos del sudoeste de Norteamérica).

F48.8 Dhat, dhatu, jiryán, shen-Kuei (Taiwán, India)

Ansiedad aguda y problemas somáticos tales como fatiga y dolor muscular, relacionados con el miedo a perder el semen, en hombres o mujeres (que también piensen que segregan semen). Se mencionan como problemas predisponentes el exceso de coitos, los trastornos urinarios, algunos desequilibrios en humores corporales y la dieta. El síntoma principal es una descarga blanquecina con la orina, interpretada como una pérdida de semen. Los remedios tradicionales se centran en tónicos de hierbas que restablecen el equilibrio del semen o de los humores (Bhatia & Malik, 1991; Malhotra & Wig, 1975; Singh, 1992; Wen & Wang, 1981).

Código sugerido de la CIE-10: F48.8, Otros trastornos neuróticos especificados. Si son preponderantes los síntomas de ansiedad del sistema vegetativo, se puede emplear el código F45.34 Disfunción vegetativa somatomorfa del sistema urogenital, como diagnóstico adicional.

Síndromes potencialmente relacionados: koro (China); rabt (Egipto).



F48.8 Koro, jinjin Bemar, suk yeong (China, India, Sudeste asiático)

Pánico agudo o reacción de ansiedad que implica miedo a la retracción de los genitales. En casos graves, los varones están convencidos de que el pene se les retraerá bruscamente dentro del abdomen, y las mujeres tienen la sensación de que sus mamas, sus labios genitales o su vulva se retraerán. Las víctimas presienten que esto les acarreará fatales consecuencias. Los estudios citan, como factores predisponentes a ciertas enfermedades, exposición al frío o coito excesivo, pero los conflictos interpersonales y las presiones socioculturales ejercen una gran influencia en la aparición de este síndrome. La presentación es rápida, intensa e inesperada. Las respuestas varían, incluyendo sujeción de los genitales por la víctima o por algún familiar, aplicación de férulas o artilugios para prevenir la retracción, remedios de herboristería, masaje o felación (Lin, Kleinman & Lin, 1981; Rin, 1968; Simons & Hughes, 1985).

Códigos sugeridos de la CIE-10: F48.8, Otros trastornos neuróticos especificados. Si los síntomas vegetativos de ansiedad son llamativos debe emplearse el código F45.34, disfunción vegetativa somatomorfa del sistema urogenital, como diagnóstico adicional.

Síndromes potencialmente relacionados: dhat (India); rabt (Egipto).

F48.8 Latah (Malasia, Indonesia)

Respuestas excesivamente exageradas al susto o al trauma, seguidas de situaciones involuntarias de ecolalia, ecopraxia o estados de trance. Ciertos estudios interpretan algunos casos como una respuesta neurofisiológica, un estado de hipersugestibilidad o un mecanismo de expresión de una baja autoestima. Los espectadores generalmente encuentran divertidos tales episodios, mientras que las víctimas se sienten humilladas (Prince & Techeng-Laroche, 1987; Simon & Hughes, 1985).

Códigos sugeridos de la CIE-10: F48.8, Otros trastornos neuróticos especificados. En los casos en que la sintomatología del paciente lo requiera, puede emplearse el código F44.88, Otros trastornos disociativos (de conversión)_especificados, como diagnóstico adicional.

Síndromes potencialmente relacionados: amurakh (Siberia), bah-tsi (Tailandia), Mali-Mali (Filipinas), Imu (Ainu), Jumping frenchman (Canadá), Pibloktop (Esquimales árticos), susto (Latinoamérica), Yaun (Birmania).

Nota: El susto presenta características que le son propias y que le diferencian de este síndrome.

F40.2 Pa-leng, frigofobia (Taiwan, Sudeste asiático)

Estado de ansiedad caracterizado por un miedo obsesivo al frío y al viento, que se considera que producen fatiga, impotencia o muerte. Las víctimas se abrigan de manera compulsiva con ropas excesivas muy gruesas. El miedo se refuerza por las creencias culturales sobre el problema, considerado como un trastorno humoral (Kiev, 1972b; Lin et al., 1981; Rin, 1968).

Código sugerido de la CIE-10: F40.2 Fobias específicas.

Síndromes potencialmente relacionados: síndrome de agua, de aire (frío) (Hispanoamérica).



F44.88 Pibloktoq, histeria del ártico (Esquimales del ártico)

Fatiga prodrómica, depresión o confusión seguidas por un “ataque” de comportamientos disruptivos, que incluyen desnudarse o arrancarse la ropa, correr frenéticamente, rodar por la nieve, glosolalia o ecolalia, ecopraxia, destrucción de las propiedades y coprofagia. La mayoría de los episodios duran sólo unos minutos y son seguidos por pérdida de conciencia, amnesia y remisión completa. Las lesiones son raras y, mientras algunos estudios han relacionado sus causas con la tetania hipocalcémica, la mayoría de los investigadores ligan estos incidentes a ansiedades interpersonales y a factores estresantes culturalmente determinados (Parker, 1962; Simons & Hughes, 1985; Wallace, 1972).

Códigos sugeridos de la CIE-10: F44.7, Trastornos disociativos (conversivos) mixtos; F44.88, Otros trastornos disociativos (de conversión) especificados.

Síndromes potencialmente relacionados: Amok (Malasia, Indonesia); banga, ebenzi, misala, ufufuyane (África); bebainan (Indonesia), grisi siknis (Misquitos de Honduras); imu (Ainu); latah (Malasia, Indonesia); mali-mali (Filipinas); nangiarpok o kayak angst, quajimaillituq (Esquimales del ártico).

F40.1 Taijin-kyofu-sho, shinkeishitsu, antropofobia (Japón)

Ansiedad o fobia especialmente entre adultos jóvenes varones. Los casos están marcados por un miedo al contacto social (especialmente entre amigos), “autoconciencia” extremada (en relación con la apariencia física, el olor corporal, el enrojecimiento), y miedo a contraer enfermedades. Los síntomas somáticos comprenden dolores de cabeza, del cuerpo y del estómago, fatiga e insomnio. Los pacientes son considerados por los demás como muy inteligentes y creativos, y manifiestan tendencias perfeccionistas. Ciertos estudios sugieren que valores culturales animan a la “suprasocialización” de algunos niños, produciendo sentimientos de inferioridad y de ansiedad en las relaciones sociales (Lock, 1980; Prince y Techeng-Laroche, 1987; Reynolds, 1976; Tanaka-Matsumi, 1979).

Códigos sugeridos de la CIE-10: F40.1, Fobias sociales. Si existen otros muchos miedos, puede emplearse F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica, como diagnóstico adicional.

Síndromes potencialmente relacionados: anfechtung (Huteritas); itju (Nigeria).

F44.3 Ufufuyane, saka (Kenia, Sudáfrica)

Estado de ansiedad popularmente atribuido a pociones mágicas administradas por enamorados rechazados, o a posesión del espíritu. Entre los rasgos característicos están el proferir alaridos y sollozar, pronunciar neologismos, presentar parálisis o convulsiones y caer en estupor similar a un trance o perder la conciencia. La mayoría de las víctimas son mujeres jóvenes no casadas. Algunas tienen pesadillas con temas sexuales, o episodios raros de ceguera temporal. Los ataques, que pueden durar días o semanas, pueden ser provocados por la vista de hombres o de personas extrañas (Harris, 1957; Lebra, 1976).

Código sugerido de la CIE-10: F44.3 Trastornos de trance y de posesión. En algunos casos, el cuadro clínico del paciente puede requerir el código F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos, como diagnóstico adicional.



Síndromes potencialmente relacionados: aluro (Nigeria); phii pob (Tailandia); zar (Egipto, Etiopía, Sudán).

Nota. Se puede aproximar a las variedades latinas de los estados disociativos y/o de trance. Hay que diferenciar esto del trance shamánico, el cual tiene la particularidad de ser controlado y utilizado con fines terapéuticos. Otro síndrome cultural muy expandido en América latina es la brujería de amor, que también tiene múltiples expresiones.

F44.88 Uqamairineq (Esquimales del ártico)

Parálisis repentina, asociada a estados de sueño que bordean lo patológico, y acompañada de ansiedad, agitación y alucinaciones. Los indicadores prodrómicos pueden incluir olores y sonidos detestables y transitorios. Mientras el problema es generalmente crónico y puede caer en pánico, la mayoría de los ataques duran sólo unos minutos y son seguidos por una completa remisión. Los casos son muy comunes, y tradicionalmente se piensa que son el resultado de una pérdida del alma, de que el alma es errante o de que existe una posesión del espíritu. Los estudios describen la experiencia como una reacción histérica disociativa o como una posible variación del síndrome de narcolepsia-cataplejía (Hufford, 1982; Parker, 1962; Simons & Hughes, 1985).

Código sugerido de CIE-10: F44.88 Otros trastornos disociativos (de conversión). En los casos en que se requiera, por el cuadro clínico del paciente, debe tenerse en cuenta la posibilidad de utilizar el código G47.42 Parálisis de sueño, como diagnóstico adicional.

Síndromes potencialmente relacionados: aluro (Nigeria); old hag (Terranova); phii pob (Tailandia).

Nota: Los Inuitas o Esquimales creen en la existencia de una docena de almas y aquí no se precisa de cuál de ellas es la pérdida.

F68.8 Windigo (Pueblos nativos del Nordeste americano)

Relatos históricos raros de obsesión canibalística. Tradicionalmente los casos se asimilaron a posesiones, con víctimas (generalmente varones) que se volvían monstruos caníbales. Los síntomas incluían depresión, sentimientos homicidas o suicidas, y una idea delirante o deseo compulsivo de comer carne humana. La mayoría de las víctimas eran personas rechazadas socialmente o al borde de la muerte. Las primeras investigaciones describieron los episodios como psicosis histéricas, precipitadas por hambre crónica o mitos culturales sobre inanición y monstruos. Algunos estudios recientes sobre el problema son controvertidos y cuestionan la legitimación del síndrome, basándose en que los casos fueron realmente un producto de acusaciones hostiles inventadas para justificar el ostracismo de las víctimas o su ejecución (Bishop, 1975; Hay, 1971; Parker, 1960; Simons & Hughes, 1985).

Código sugerido de la CIE-10: La información disponible hasta el momento es tan poco fiable que no se puede sugerir el código más apropiado. Si se necesita emplear un código, se puede utilizar el F68.8, Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, especificados.



Síndromes potencialmente relacionados: amok (Malasia); hsieh-ping (Taiwan); zar (Egipto, Etiopía, Sudán).

SÍNDROMES CULTURALES PROPIAMENTE LATINOAMERICANOS

Algunos autores han propuesto el uso de síndromes folklóricos a estos síndromes (Frisancho, 1988; Seguí, 1964; Valdivia, 1986) en razón de ser anónimos; no tener creador conocido; ser empleados por las clases populares; ser tradicionales, por transmitirse de padres a hijos; ser plásticos, pues varían según los lugares y tiempos; ser funcionales, ya que cumplen un rol en la comunidad y se ubican en el espacio y tiempo. Asimismo, la mayoría de estudios de orden social, médico y popular sobre medicina folklórica no han sido programados con rigor metodológico que permita una sistematización de ellos (Frisancho, 1988). Es así que los síntomas y signos descritos para los síndromes folklóricos tienen categorías de inespecíficos, pues se repiten en casi todos los síndromes.

F45.9 Aire, Mal viento, Aya-wayra, Viento de la muerte (Perú)

El aire, el mal viento de los espíritus ocasiona enfermedades por exhalaciones dañinas, por vapores maléficos que se originan en las grietas de las montañas; viene del viento frío, de vientos fuertes animados de los espíritus malditos que arrebatan el alma de las personas. Los síntomas son inespecíficos y pueden caracterizarse por náuseas, mareos, dolores de cabeza, de ojos, de oídos, de huesos, de corazón, parálisis de la cara, apoplejía o cólicos (Cabieses, 1993). Los estudios epidemiológicos de Bernal (2010a, 2010b) en la sierra y la selva del Perú encuentran una prevalencia de vida de este síndrome entre 4,7% a 38,2% según la región estudiada, siendo la más alta en Ayacucho, una ciudad con un pasado de mucho sufrimiento ligado a la violencia política.

Código CIE-10 propuesto: F45.9, Trastorno somatomorfo no especificado.

F48.8 Ataque de nervios (Puerto Rico)

El ataque de nervios se refiere a una respuesta aprobada culturalmente frente a experiencias estresantes agudas, particularmente frente a las pérdidas de seres queridos, la amenaza y los conflictos familiares. El ataque de nervios se caracteriza por una serie de síntomas que incluyen temblores, palpitaciones, sensación de calor que del pecho sube hasta la cabeza, desmayos y episodios epileptoides. Los ataques típicos ocurren en ocasiones culturalmente apropiadas, tales como los funerales, escenas de accidentes o durante discusiones familiares o pleitos. Estos ataques representan una demanda de apoyo hacia la red social del paciente. El individuo usualmente recobra rápido la conciencia y no recuerda el ataque. Asociado al ataque, la gente frecuentemente menciona coraje y miedo/susto.

En un estudio realizado en Puerto Rico (Guarnaccia, Canino, Rubio-Stipec & Bravo, 1993), se encontró que las personas que reportaron un ataque de nervios estuvieron cerca de llenar los criterios para depresión, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, ataque de pánico y trastorno por estrés post-traumático. El trastorno depresivo mayor también fue prominente en el grupo del ataque de nervios. De particular interés, dada la severidad de estos síntomas, fue la fuerte relación con la ideación suicida y con los intentos de suicidio.



Código CIE-10 sugerido: F48.8, Otros trastornos neuróticos, especificados.

F39.1 Atontado (Tuxtlas, Veracruz, México)

Se presenta en individuos dominados y controlados por su mujer, por medio de métodos mágicos. Dentro del mundo de la magia amorosa de esta región, se menciona diversos procedimientos para mantener al cónyuge bajo un estado de conducta anormal y pasiva, al grado de permitir que su mujer mantenga relaciones sexuales con otros hombres. Para lograr tal control, la mujer da de beber a su esposo una taza de café frío al que agrega tres gotas de su sangre menstrual. Dada la peligrosidad de tal sustancia, se dice que, si se depositan cuatro gotas, el marido morirá. Para contrarrestar esta hechicería, la víctima tiene que quemar una prenda íntima de su esposa dentro de una olla de barro nueva; una vez reducida aquella a cenizas, debe de arrojar agua adentro de la olla e ingerir el brebaje.

Otros procedimientos terapéuticos consisten en la administración de sustancias vegetales, como por ejemplo el toloache (*Datura stramonium*), a las que se atribuyen propiedades mágicas y cuyos efectos fisiológicos y psicológicos se explican por sus potentes propiedades tóxicas. Administradas en dosis reducidas, no producen efectos fatales, pero sí un estado que es descrito popularmente como de “atontamiento”. Con el mismo fin, se emplea muñecos que representan a la persona a la que se quiere controlar. De esta manera, si la esposa desea causar impotencia en su esposo, para evitar que mantenga relaciones sexuales extramaritales, bastará con que clave un alfiler en el pene del muñeco. Este tipo de magia se considera “muy mala”, y está asociada con el diablo (Olivarrieta Marengo, 1977).

Código CIE-10 propuesto: F39.1, como subcategoría de F39, Trastorno del humor [afectivo] no especificado.

F45.9 Bilis o Derrame de la bilis (México, Bolivia)

Padecimiento que se manifiesta por trastornos del aparato digestivo, reconociendo como principales causas desencadenantes de la bilis las experiencias emotivas críticas, sobre todo, el miedo, la ira, el susto y con mayor frecuencia el coraje o la muina. En la cuenca de Tepalcatepec, Michoacán, México reportan que los aires son los causantes del susto, el coraje o la muina, los que a su vez producen bilis. Se menciona también como causa aislada la pena o la tristeza, (Madsen, 1965) comer después de enojarse, o malpasarse en la alimentación, así como la caída del estómago y la influencia maléfica de los vecinos.

La forma en que las emociones actúan sobre el organismo se ha explicado de diversas maneras según la región; en Santa Ana, Tlaxotenco, DF, “se dice que al hacer un coraje el estómago se enfría, y si después se come un alimento frío o caliente, se desparrama la bilis del hígado y cae en el centro del estómago” (Palacios de Westendarp, 1986). En Hueyepan, Morelos, México, se cree que cuando una persona hace un coraje y lo reprime sin dejarlo aflorar, está aguantando los nervios y es cuando se calienta el hígado, la vesícula y todo el cuerpo. La idea de que la bilis hierve y se derrama, hace recordar la expresión “me hierve la sangre”, usada para referir al estado de ira o enojo excesivo. Existe la creencia de que un exceso en la producción de bilis origina la enfermedad. Los síntomas principales de la enfermedad son: falta de apetito, dolor de estómago, sabor amargo de boca, color amarillento en la piel y en la conjuntiva



de los ojos, vómito amarillo o verde de sabor amargo, y dolor de hígado. Se reportan también, diarrea, sueño, fatiga, nerviosismo, angustia, decaimiento y tristeza.

La bilis es un padecimiento que puede tratarse domésticamente o por un especialista. Se recomiendan purgantes, vomitivos y ayunos con la finalidad de expulsar la flema verdosa o amarillenta y limpiar el tracto digestivo. Ryesky (1976) afirma que la cura para esta afección incluye plantas frías y calientes, por que “parece ser que la enfermedad tiene más relación con el trastorno emocional que con el desajuste del síndrome frío - calor”. En ocasiones la bilis provoca cólicos, cálculos y que el buche se pudra (Palacios de Westendarp, 1986). Este es un trastorno grave que puede llegar a causar la muerte (Guiteras Holmes, 1952; Pérez, 1983). Muchos opinan que la mujer, dado su lugar en la sociedad, tiene menos posibilidades de exteriorizar o canalizar su enojo y ello provoca que el coraje o la muina “se queden en el cuerpo”, mientras que el hombre puede insultar o golpear a los demás, evitando así que todo se acumule en su interior y que origine la enfermedad (Adams & Rubel, 1967; Herrero Ricaño, Rodríguez, Durand, Aguirre & Lozoya, 1989). La rabia y el coraje que en los adultos conducen a la bilis, en los niños equivaldrían a uno de los tipos de alferecía o chipilez. (Herrero Ricaño et al., 1989). Scheffler (1988) señala que “la bilis es una entidad de origen psicológico que se produce cuando alguien hace un coraje fuerte”. En cambio George Foster clasifica a la bilis -lo mismo que a la tiricia, la muina y el estar chípil- como enfermedades causadas por experiencias emotivas (Herrero Ricaño et al., 1989). Es muy importante señalar que, al parecer, el nombre más apropiado para este mal es el de derrame o regada de bilis, ya que la bilis se entiende como sinónimo de muina, y también como un líquido que existe en el cuerpo y que al derramarse da origen a la enfermedad. En Bolivia tiene como sinónimos: “colerina”, colerón”, rabiasqa o rabisqa, “congestión”.

La “colerina” es una reacción de rabia o enojo causada por disgustos que provocan trastornos funcionales digestivos con dolores vitales difusos, cólicos y vómitos biliosos, que se presentan en indígenas del área cultural aymara-quechua. Se llama también “colerón” (castellano colonial) a estas reacciones anímicas, cuyo sinónimo en quechua es “rabiasqa” o “rabisqa”. Son formas de reacción violenta, que congestiona todo el ser, especialmente el “cerebro”. Cuando es muy violento puede producir la muerte instantánea (Aguiló, 1985; Hollweg, 1994).

En el Oriente, en la región de Santa Cruz, este síndrome toma el nombre de “congestión”, que es de origen español - colonial, presentándose en la población blanco - mestiza, después de que se recibe bruscamente una mala noticia, o por efecto de un profundo disgusto que puede llevar a la muerte. En estos casos se dice en el pueblo: “murió de congestión”. Inmoviliza a la persona, especialmente en ciertas situaciones después de comer, cuando se recibe una desagradable noticia, o se suscita como una reacción ante una injusticia. En otros casos, después de una reacción de enojo o “encolerizamiento” con actitudes agresivas, surgen sentimientos de culpa y pena. De ese modo se crea una relación cólera-tristeza.

Código CIE-10 propuesto: F45.9, Trastorno somatomorfo no especificado.

F45.9 El Bla (Miskitos de Honduras y de Nicaragua)

El término Bla designa tanto al mareo (en el mar) y la borrachera como al estado nauseoso que precede a la crisis y que nunca se acompaña de vómito. A veces la palabra



se utiliza para designar la locura en su sentido más general. En los momentos que preceden al ataque, las víctimas presentan en general problemas muy estereotipados: un estado nauseoso con vértigo.

Otro síntoma prodrómico que siempre se encuentra es una cefalea pulsátil, bilateral. El dolor es difícil de describir, pero es muy fuerte y va en aumento conforme se acerca el inicio de la crisis. A veces hay quejas de dolores difusos, palpitaciones, temblores y un malestar generalizado. Frecuentemente la crisis es precedida de cólera y se desencadena por la “aparición” de un gigante cabalgando en una montura negra que ofrece un vaso con sangre que la víctima debe beber para poder montar en el caballo. El inicio es brutal, el sujeto dice perder la conciencia y a partir de ese instante ya no sabe lo que hace. Se arma de un machete o de un bastón, corre persiguiendo a los demás o sin objetivo aparente, golpea violentamente el suelo, agita el machete, golpea las casas y gasta una energía enorme. En su carrera el “loco” imita a veces el galope del caballo, grita o gime mencionando los nombres de otros adolescentes. Con los ojos cerrados la víctima “visita” la aldea. El ataque dura de 15 minutos a una hora en promedio y termina espontáneamente, ante la mirada de todos, contorsionándose y finalmente dando la impresión de quedarse dormido.

Código CIE-10 propuesto: F45.9, Trastorno somatomorfo no especificado.

Brujería, daño (América Latina)

Sinónimo de Chizo, embrujamiento, encantamiento, enfermedad mala, enfermedad regalada (Álvarez Heydenreich, 1976), escupirle, hechicería, hechizo, mal de gente, mal echado, mal puesto, maldad, trabajo, trabajo malo. Conjunto de procedimientos que se acompañan de una serie de materiales mágicos y actos rituales, así como de componentes verbales variados y complejos, ejecutados por determinadas personas para alcanzar objetivos tales como enfermar o matar a un individuo, causar desgracias y accidentes, influir en situaciones amorosas, conocer el pasado, presente y futuro, y curar o inmunizar a las personas contra la propia brujería. Hay que tomar en cuenta que, bajo las denominaciones de curandero o brujo, se agrupa a una amplia gama de practicantes tanto de la magia como de la medicina tradicional (Kiev, 1972a). De esta forma la brujería o hechicería constituye uno de los aspectos más importantes dentro del proceso de salud-enfermedad en la medicina tradicional de América Latina. Este hecho se ve reflejado en la clara tendencia a atribuirle la aparición en desajustes de la salud, principalmente cuando los padecimientos se caracterizan por ser violentos, repentinos, crónicos o cuando presentan resistencia a los tratamientos. Además, se considera que el peligro de morir por brujería es mucho mayor que por cualquier enfermedad.

En mayor o menor medida se encuentra presente la inclinación a señalar un hechizo como la causa directa de desgracias, sufrimientos y enfermedades que no tienen una explicación lógica en la concepción popular. La práctica de la brujería nunca es fortuita, pues los practicantes tienen motivos bien definidos en la elección de las víctimas, la motivación principal es la envidia. El análisis de la gran variedad de rasgos de conducta, directamente observables o deducidos, permite afirmar que existe una relación funcional entre la envidia y la brujería. Una idea muy extendida señala que los martes y los viernes son los días más propicios para efectuar trabajos maléficos (Álvarez Heydenreich, 1976).



Entre la población Nahua de Milpa Alta, Distrito Federal, es común pensar que los brujos pueden enviar una enfermedad a un individuo que no los haya tratado con el debido respeto, o por el simple hecho de serles antipático. Por medio de sus malas artes suelen introducir en el estómago de las víctimas lagartijas, víboras, sapos y ranas que le causarán trastornos agudos. También les introducen cabellos en el cerebro, o recurren a la magia imitativa por medio de la elaboración de muñecos a los que pinchan con doce alfileres, o realizan esta operación en fotografías y prendas personales de aquel al que desean embrujar. Otros más recitan oraciones especiales, vierten sustancias dañinas en la comida de una persona o le causan trastornos sólo con verla o escupiendo en el lugar que ha pisado.

En Sayula Veracruz, Calixta Guiteras reporta un tipo de brujería muy antiguo y extendido, que consiste en enviar el mal por medio del viento (mal aire), o en introducirlo al organismo de la víctima en forma de animalitos o de piedras diminutas. Las personas que poseen Nagual (doble animal) utilizan su capacidad transformadora para metamorfosearse en puerco, perro, venado, tecolote, o cualquier tipo de animal que provocará la muerte del enemigo o algún perjuicio a sus propiedades (Guiteras Holmes, 1952).

Una de las causas más frecuentes para recurrir a la hechicería la constituyen los conflictos originados por cuestiones de índole sentimental o amorosa. Al respecto, la literatura etnográfica presenta una gran cantidad de casos. Oscar Lewis (1968) escribe que en Tepoztlán Morelos, las mujeres nahuas de gran fogosidad son mal vistas por sus maridos; ellos esperan que sus mujeres no muestren exigencias ni pasiones sexuales exageradas, pues aquella que observa estas conductas es tildada de “loca” y se sospecha que ha sufrido un embrujo. Asimismo, se cree que las mujeres golpeadas o maltratadas pueden vengarse recurriendo a la agorería. El procedimiento más temido es una bebida hecha con toloache (*Datura Stramonium*) que, en forma secreta, se agrega a cualquier bebida ofrecida a un hombre. El uso de embrujos por venganza en manos de una mujer despechada es muy temido. Por ejemplo, se cree que la novia puede hacer enfermar a su antiguo novio si clava alfileres en una fotografía suya. Las enfermedades crónicas que padecen los jóvenes se atribuyen con frecuencia a éste tipo de conducta (Lewis, 1968).

Entre los nahuas veracruzanos de Mecayapan y Tatahuicapan se afirma que el hechizo más potente es el que se realiza por medio de la bebida, por lo que no debe hacerse jamás. Un testigo de estas prácticas cuenta que: “al hermano de una señora le dio menstruación en una cerveza.... ahora se pone como persona que no piensa, le bajó el sentido, ya no se puede enojar, le quitaron los sentidos dándole de tomar esa cosa que echan las mujeres.... le quitó el valor ahora se queda sosegado cuando bebe... no hay derecho....”.

Para los hombres de esta etnia, la pasión está unida al maleficio. Sentirse apasionado por una mujer es sinónimo de estar embrujado. La pasión es mala porque el hombre se obsesiona, pierde su libertad y no puede trabajar en paz. Cualquier leve separación causa un sufrimiento muy intenso, esta vehemencia se manifiesta como un deseo insaciable y lleva al hombre a desear a la mujer hasta agotarse y morir. Esta obsesión se conoce como “andar embrujado por una mujer”. Los trastornos de la salud que sufren las personas embrujadas varían de acuerdo con las causas y finalidad del maleficio. Así, por ejemplo, cuando éste se relaciona con aspectos sexuales o



amorosos, es común la presencia de enfermedades venéreas como dermatitis en la región genital, esterilidad e impotencia entre otros padecimientos (Balam Pereira, 1987).

Algunas manifestaciones reportadas con mayor frecuencia para cualquier tipo de brujería, están representadas por una gran variedad de enfermedades digestivas, como dolores agudos de estómago, diarrea, vómitos y falta de apetito. También se reporta dolores de cabeza, fiebre, pérdida de peso, dolores musculares y óseos, e inflamación de la cara y miembros inferiores, infecciones de la piel y oídos, pérdida temporal de la vista o parálisis de una mano o de un pie, debilidad, cansancio, somnolencia, apatía, palidez, miedo, angustia, mareos y alucinaciones. Asimismo, el paciente sufre todas las noches horribles pesadillas en las que se ve en lugares solitarios y lúgubres o es atacado por ciertas plantas y todo tipo de animales y sabandijas repugnantes; además, ve a una persona o a otras que le son totalmente desconocidas. (Balam Pereira, 1987; Baytelman, 1986; Hansen & Bastarrachea Manzano, 1984; Holland, 1978; Pérez, 1987; Ryesky, 1976; Velásquez Gallardo, 1949; Villalobos Contreras, 1989; Young, 1981).

El análisis de todos los aspectos que conforman la actual concepción y prácticas de la brujería en Latinoamérica permite afirmar que a este fenómeno subyacen no solo paralelismos, sino también una mezcla de creencias prehispánicas y europeas. Finalmente, es necesario señalar que algunas teorías funcionalistas han destacado la práctica de la brujería como un factor de control social que elimina contradicciones y oposiciones. Asimismo, se considera que por medio de la brujería se brinda “escape” a los impulsos agresivos que no deben descargarse físicamente sobre otros miembros de la sociedad. Sin embargo, aunque se le conserva como forma de expresión de los antagonismos laterales de la sociedad que alivia mágicamente las tensiones sociales, no es una solución de la que el ejecutor pueda salir indemne, ya que el hecho de que se descubra la existencia y autoría de un hechizo puede conducir a la agresión física directa en contra del presunto culpable (Arganis Juárez, 1984), generándose así una cadena interminable de venganzas.

En Bolivia se le conoce como: Malpuesto (Hollweg, 1985), Layqasqa, brujeasqa, llankasqa, ruasqa (Hollweg, 1994), embrujado, macumbado. Es otro de los síndromes que se encuentra difundido tanto en los indígenas de los Andes y de los llanos como en los mestizos y blancos de las ciudades. Son “enfermedades puestas” por el maleficio de un brujo o por una persona mala y envidiosa. Su fuente puede ser mítica indígena, occidental cristiana y sincrética. En la región amazónica, especialmente entre los mestizos, se hace sentir la influencia afrobrasileña de la “enfermedad puesta” por un macumbero (brujo) mediante un embrujo o hechizo (macumba).

Los brujos son detestados en las comunidades aborígenes por los supuestos efectos malignos o males que provocan. En los diferentes pueblos indígenas del Oriente boliviano, chiriguano, guarayos, sirionó, ayoreode y chiquitanos creen en estas enfermedades puestas por estos brujos y les confieren diferentes denominaciones. El curandero es el encargado de deshacer el hechizo a través de su arte y rituales mágicos. En las regiones quechuas y aymaras se llama “laygasga” al embrujado o al que sufre ese mampuesto. Son sinónimos de este término: “brusjeaga”, “llaskasga”. Según Aguiló (1985), este síndrome es producto de una maldición que alguien, deseándonos el mal, nos ha hecho a través del “layga” (brujo) y sus ritos maléficos. Los efectos son múltiples según el tipo de brujería usada. Los “jampiris” y “colliris”



hacen el diagnóstico y tratamiento. Las manifestaciones de estos síndromes son muy diversas. Presentan desde quejas orgánicas variadas hasta trastornos mentales profundos.

Los aymara-quechuas de Potosí designan de *sajra onqoy* a la llamada “enfermedad del maligno”, cuyo causante es el maligno “*sajra*”, que ligan a la “mala suerte”, al hechizo, al susto producido por algún fantasma (*paqoma*) o ser viviente. Se la subclasifica en: “*Sajra Wayra*” (mal viento), “*Sajra Killa*” (mala luna) y “*Sajra Qocha*” (mala laguna). Esta enfermedad “mágica” presenta: pérdida del ánimo, adelgazamiento, inapetencia.

En el Perú se la conoce con más frecuencia como “daño” y se describe como una enfermedad de curso crónico, en que la mala suerte y la envidia están implicadas; luego viene el fracaso y con ella la pérdida del prestigio. Se describen tanto síntomas físicos como psicológicos de categoría inespecífica. Bernal (2010a), en un estudio epidemiológico realizado en una muestra de 12,000 adultos en ciudades de la selva del Perú, lo encuentra con la más alta prevalencia de vida entre los síndromes folklóricos estudiados entre el 10,1% al 15,5% según la región comprendida.

Código CIE-10 propuesto: Los síndromes varían tanto, que no es posible en el presente proponer un código específico que permita situar estos trastornos dentro de la taxonomía internacional. Se sugiere utilizar el código que más represente la sintomatología exhibida por el paciente.

F45.9 Chucaque (Perú)

Se presenta frente a una situación de vergüenza. Sus síntomas principales son cefalea y trastornos digestivos claramente de origen psicológico, provocados por una situación embarazosa con intensa reacción emocional y que se manifiestan en la forma de sonrojo, palidez, cefalea o dolor abdominal. El cuadro termina frecuentemente cuando “el que sabe hacerlo le da un adecuado jalón en una zona adecuada de la cabellera” (Cabieses, 1993). Bernal (2010b) reportó prevalencias de vida de este síndrome con una variabilidad alta que van desde 0,4% en la sierra sur hasta 46,5% en la sierra norte del Perú; además, encontró asociaciones estadísticamente significativas con trastornos de ansiedad en la sierra y con el episodio depresivo en la selva (Bernal, 2010a).

Código CIE-10 propuesto: F45.9, Trastorno somatomorfo no especificado.

F45.9 Colerina (Distas, Yucatán)

Padecimiento que cursa con vómitos, dolores estomacales y diarrea. Es muy frecuente en el mes de julio, inicio de la temporada de lluvias, y se origina por la introducción de aires al organismo.

Código CIE-10 propuesto: F48.9, Trastorno somatomorfo, no especificado.

F45.8 Mal de Ojo, Ojo (Latinoamérica)

Se trata de una enfermedad originada por la “mirada fuerte” de algunos individuos. También se menciona, como posibles causas, la envidia y la influencia de aquellas personas que pasan por determinados estados de ánimo. Es reconocida por la presencia de vómitos, diarrea, llanto e intranquilidad, entre muchos otros síntomas.



Afecta principalmente a los niños y ocasionalmente a los adultos. Se cree que las plantas y los animales también pueden ser afectados por el mal de ojo. Es una de las creencias más antiguas y difundidas en el mundo, de mayor consideración y conocimiento en el ámbito del saber médico popular. En México, esta enfermedad ocupa el primer lugar de las causas de demanda de atención de la medicina tradicional, (Zolla, del Bosque, Tascón, Mellado, 1988).

Dentro de las diversas causas del mal de ojo mencionadas, destacan por su frecuencia la mirada y la envidia, factores que se encuentran asociados. Un gran número de estudios etnográficos da cuenta de la capacidad que tienen algunos individuos para enfermar a otros por medio de la vista. Generalmente se dice que estas personas son de mirada fuerte, pesada, caliente, fija o penetrante (Baytelman, 1977; Cifuentes & Mondragón, 1988; Esquivel Romero, 1989; Gómez López, 1990; Moreno Armendáriz, 1983; Nutini, 1988; Ravicz, 1969; Ruiz Salazar, 1989; Ryesky, 1976; Vega Franco, 1979; Zurroza Cevallos, 1985) y que, además, tienen la cualidad de dañar voluntaria o involuntariamente todo aquello que despierte en ellas admiración, deseo de posesión o algún sentimiento de envidia. Zolla (1994) los clasifica en poseedores permanentes y transitorios de mirada fuerte, incluyendo en el primer grupo a las mujeres estériles y las personas en las que es innata esta cualidad, siendo perdurable el poder de su mirada. Las mujeres estériles dañarán a cualquier niño que vean, los otros miembros de este grupo harán lo mismo con todo lo que miren fijamente. Los del segundo grupo, son todas las mujeres embarazadas, los iracundos y los borrachos; en estos casos la mirada de las embarazadas vuelve a ser inocua al dar a luz y lo mismo sucede con los borrachos e iracundos cuando recobran la calma y la sobriedad. (Zolla et al., 1988).

Se dice que los niños — principalmente cuando son bonitos y robustos — son víctimas potenciales de la mirada fuerte, debido a que su sangre o su espíritu son aún débiles. (Esquivel Romero, 1989; Menéndez, 1981; Rivera, 1976; Zolla et al., 1988). En Veracruz, algunos informantes dicen que los niños “banco”, que nacen después de unos gemelos, tienen el poder de provocar y de curar esta afección. (Kelly, García Manzanero & Garate de García, 1984; Scheffler, 1988). Observación muy parecida brindan los Yaquis de Sonora, aunque señalan directamente a los mellizos como sujetos causantes de la enfermedad (Ochoa Robles, 1967).

Una mención aparte e importante merece la información que en su mayoría proviene de grupos indígenas y en menor medida de mestizos, en la que se señala como causantes a personas con determinados estados anímicos y corporales y que poseen un tonalli fuerte. Las personas que han sufrido experiencias emotivas u orgánicas fuertes -como locura, celos, envidia, ira, sed, hambre y excitación sexual- acumulan demasiado calor capaz de enfermar a las personas débiles. (Guiteras Holmes, 1965; Leiter Ferrari, 1982; Lewis, 1968; Módena, 1987; Ramírez Castañeda, 1987; Rivera, 1976; Zolla et al., 1988).

El terapeuta tradicional, y en algunas ocasiones los padres de la víctima, recurren a varios procedimientos para su diagnóstico; por ejemplo, inspeccionan el rostro del paciente, especialmente los ojos, pues la presencia de los signos característicos son prueba suficiente de la afección (Villa Rojas, 1978; Zolla et al., 1988). Se hace un recuento de los posibles agentes causales (Delgado Lara, 1984; García, 1982; Zolla et al., 1988), o bien se realiza una limpieza que es, simultáneamente, el inicio efectivo del tratamiento.



Llama la atención una creencia muy extendida que señala que el mal de ojo no debe ser atendido por un médico académico, pues la enfermedad “se riega más” y el estado del paciente se agrava (Palacios de Westendarp, 1986; Sassoon Lombardo, 1982), idea que se expresa en la acotación, “ésta es una enfermedad del curandero, no del doctor” (Zolla et al., 1988). En la medicina tradicional latinoamericana el mal de ojo es, quizá, la enfermedad ante la cual la población desarrolla el mayor número de medidas preventivas. Sobresale el uso de amuletos, cuya función es la de atraer la mirada de una persona para que el poder de sus ojos se descargue en el objeto y no en el niño o adulto (Signorini & Tranfo, 1979).

Bernal (2010a, 2010b) encuentra en estudios epidemiológicos realizados en ciudades de la sierra y la selva peruana una prevalencia de vida que va de 1,3% a 6,5% según la región estudiada. En algunos lugares de la selva este autor la encuentra asociada a trastornos de ansiedad.

Código de CIE-10 propuesto: F45.8, Otros trastornos somatomorfos, especificados

F45.8 Muina (México)

La muina es un estado emocional, de disgusto que repercute en la salud de quien lo experimenta y puede ser la causa de muy diversos padecimientos. La experiencia de una emoción conflictiva como el coraje es conocida popularmente como desencadenante de una serie de reacciones orgánicas patogénicas, más aún cuando los impulsos que la situación despierta son reprimidos, provocando una concentración de sentimientos malsanos (Aguirre Beltrán, 1952; Álvarez Heydenreich, 1976; García Jiménez, 1984; Hermitte, 1970; Ichon, 1973; Kelly, 1965; López Austin, 1990; Madsen, 1965; Ochoa Robles, 1967; Palacios de Westendarp, 1986; Peña Ruiz, 1991; Whitecotton, 1985).

F45.1 Nervios, nerves, nevra, nerfiza (Latinoamérica, Norte de Europa, Grecia, Egipto)

Frecuentes episodios, a menudo crónicos, de extrema tristeza o ansiedad que dan lugar a un conjunto de manifestaciones somáticas tales como dolor de cabeza o dolor muscular, reactividad disminuida, náuseas, pérdida de apetito, insomnio, fatiga y agitación. Más frecuente en mujeres. Las investigaciones ligan este trastorno al estrés, la cólera, el desequilibrio emocional y la baja autoestima. Los casos son tradicionalmente tratados con infusiones de hierbas, «píldoras para los nervios», reposo, aislamiento y ayuda de la familia (Davis, 1988; Davis & Low, 1989; Good & DelVecchio-Good, 1982; Good, DelVecchio-Good & Moradi, 1985; Low, 1985).

Códigos sugeridos de la CIE-10: el más apropiado es el F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado. En los casos en que el cuadro clínico lo requiera, pueden considerarse los códigos F32.1, Episodio depresivo moderado con síntomas somáticos o F48.0 Neurastenia, como diagnósticos adicionales.

Síndromes potencialmente relacionados: anfechtung (Huteritas); cansancio cerebral (Nigeria); colerina, pensión, bilis (Hispanoamérica); hsieh-ping (Taiwan); hwa-byung (Corea); narahati-e a sab, maraz-e a sab (Iran); qissaatq (Esquimales del ártico).

Nota: Diferenciar del ataque de nervios. En el estado de Chiapas en México se le llama Flato, y se dice “estar enflato”, cuyos síntomas equivalen a los de una



depresión leve con ansiedad. (J. Cortéz Manjarres, comunicación personal, 2000). Hay que diferenciarlo del ataque de nervios.

F39.0 Síndrome de la “Nevada” (Perú)

Las manifestaciones fundamentales son súbitos cambios de ánimo, con predominio de irritabilidad, distanciamiento social, nerviosismo y un cierto aire melancólico. Se acompaña de manifestaciones físicas, en particular cefalea. Se presenta más en varones adultos jóvenes y dura entre horas y pocos días. Se atribuye a cambios en la temperatura ambiente, en especial durante la época de frío, y se dice que coincide con las tormentas de nieve en la cumbre de los volcanes que dominan la comarca de la ciudad de Arequipa, al sur del Perú (R. Alarcón, comunicación personal).

Código CIE-10 propuesto: F39.0, como subcategoría de F39, Trastorno de humor [afectivo], no especificado

F44.3 Paje (Paraguay Norte y Noreste de Argentina, Sudoeste y otras regiones de Brasil)

Cuadro caracterizado por malestar físico con síntomas gastrointestinales (por ejemplo, náusea, gastralgia, dispepsia, etc.), inapetencia, palpitación, algias diversas y a veces migrantes, mareos, prurito, parestesia, debilidad, insomnio, etc. (Sosa Constantini, 1971). Acompañan a estos malestares un desorden afectivo: angustia, tristeza, llanto, miedo y un deterioro funcional en las actividades ocupacionales y/o sociales. Completando este cuadro, se instalan muchas veces, crisis disociativas episódicas con alteraciones significativas de la conciencia, experimentando el individuo estados de trance. Durante el mismo “oñepresenta chupe” (se le presenta, lo alucina o lo sueña); “la mba’e vaí apoha” (el/la autor/a del mal); “ha ohenói chupe” (a la cual llama, es decir, nombra) y así es confirmado quién fue el/la responsable de la enfermedad artificial.

En algunas circunstancias, durante el trance, la identidad es suplantada por otro/a: espíritu, fuerza divina o maligna, persona, animal (mono, víbora, caballo, gato, ave, jaguarete’i etc.) desarrollando miméticamente el individuo poseso movimientos, actitudes y sonidos onomatopéyicos que corresponden a la entidad que posee al sujeto. También presentan “ataques”, es decir, despliegan movimientos convulsivos, contorsivos estereotipados, corridas, subidas a árboles, caídas y pérdida de la conciencia. La amnesia puede ser parcial o total a propósito de lo actuado durante el estado alterado de conciencia. La eliminación de sustancias engendradas en el cuerpo del individuo, el “mba’e ky’a” (la cosa sucia o mala), a través de los orificios naturales -generalmente por la boca y/o nariz, genitales- bajo la forma de insectos, gusanos, pelos, espinas, velas, telas, etc., reconfirma la naturaleza maligna del padecimiento. (Brítez Cantero, 1998). Esta enfermedad suele manifestarse en forma individual, aunque no es infrecuente en Paraguay que se exprese en forma colectiva, como históricamente acontecía en las aldeas guaraníes en donde a partir de un miembro que experimentaba algún malestar se producía una suerte de contagio y se extendía a varios miembros de la comunidad y adquiría un carácter epidémico. (Shaden, 1974).

Contemporáneamente las expresiones colectivas tienden a manifestarse en grupos integrados por jóvenes, mayormente del sexo femenino, que comparten espacios comunes y que participan de una relación cercana: colegios, comunidades,



barrios, grupos religiosos, etc. (Brítez Cantero, 2008). Habitualmente subyacen a estos episodios conflictos interpersonales, carencias y frustraciones sociales, el desencanto por la imposibilidad de cumplir los anhelos y la percepción de la marginación social.

Culturalmente es interpretada como una enfermedad artificial o paje vai (paje: palabra que proviene del nombre antiguamente otorgado al respetado y temido Chaman guaraní), provocada por personas “con maldad” que prestan el poder y/o se sirven de fuerzas malignas o demoníacas. Originariamente entre los guaraníes la cura chamánica consistía “en una lucha entre espíritus, la que determina el éxito o el fracaso de la cura”. (Bartolomé, 1991). La forma actual de tratamiento de dicha enfermedad es el contra- paje, y los agentes reconocidos para la cura son sacerdotes, sanadores, etc.; si no se realiza a tiempo el procedimiento curativo, puede llevar a la muerte.

F45.1 Susto, espanto (Latinoamérica)

Padecimientos somáticos crónicos muy diversos atribuidos a “pérdida del ánimo” inducidos por un miedo intenso, a menudo sobrenatural. En algunos casos, los acontecimientos traumatizantes no se sufren de manera personal; los pacientes se afectan cuando otros (generalmente familiares) se asustan. Los síntomas incluyen a menudo agitación, anorexia, insomnio, fiebre, diarrea, confusión mental y apatía, depresión e introversión. Diferentes estudios atribuyen algunos casos a hipoglucemia, enfermedades orgánicas no especificadas, ansiedad generalizada o estrés producidos por conflictos sociales o baja autoestima (Good & DelVecchio-Good, 1982; Houghton & Boersma, 1988; Lipp, 1989; Mezzich et al., 2000; Rubel, O’Neill & Collado-Ardon, 1984; Simons & Hughes, 1985). Un estudio epidemiológico realizado en una muestra de 4,806 adultos en la sierra del Perú lo señala como el síndrome más común, señalando como prevalencia de vida del 14.6% al 31.5% según la región estudiada. Este mismo estudio encontró asociaciones estadísticamente significativas entre el susto y trastornos de ansiedad y depresión (Bernal, 2010b).

Códigos sugeridos de la CIE-10: F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado. Alternativamente, y si el cuadro clínico lo sugiere, puede utilizarse F48.8, Otros trastornos neuróticos especificados.

Síndromes potencialmente relacionados: lanti (Filipinas); latah (Malasia, Indonesia); malgri (Aborígenes australianos); mogo laya (Nueva Guinea); narahati (Irán); saladera (Amazonia).

Nota. La etiología del Susto NO es la pérdida del “ánimo”, sino la pérdida de una entidad anímica localizada en la cabeza que se denomina Tonalli (López Austin A. 1984) y que no tiene nada que ver con la concepción occidental católica del alma. Existen múltiples variaciones de la expresión del susto en América Latina.

Entre los Nahuas del estado de Guerrero en México, por ejemplo, también se le conoce como onomuji o espanto. Es una de las enfermedades más difundidas entre los pueblos nahuas de México y también es conocida por otros pueblos más, aunque reviste algunas variantes de un lugar a otro, en relación a su tratamiento no así respecto a la etiología. En los pueblos nahuas del Alto Balsas, en el estado de Guerrero, se considera que esta enfermedad es provocada por los “aires” que roban el tonalli o la “sombra”, produciendo un sinnúmero de síntomas. Existe una clasificación bien



detallada de estos aires y, en este caso, los síntomas dependerán de qué tipo de aire se ha llevado el tonalli. Algunas de las circunstancias que precipitan el susto son, por ejemplo: tropezarse, caerse de un burro o de un asno, encontrarse una culebra, ser atropellado, presenciar algún accidente, quemarse, ser arrastrado por el río y matar a un tipo de hormigas denominadas zontetas (Lipp, 1989).

Entre los diferentes tipos de aires implicados en la etiología podemos encontrar, por ejemplo: a) los aires celestes o de la noche. Si el enfermo sufrió el “susto” de noche, hay insomnio, hiporexia, fiebre e incluso puede tener delirios y alucinaciones en la oscuridad, dolor de cabeza, dolores en los oídos; b) los aires del agua. Estos provocan la sensación de tener el estómago inflado, diarrea y dolor de estómago; c) los aires terrestres o de día o de los colores. Cuando uno de estos aires ha sido el causante del espanto, se pueden presentar síntomas como: dolores en los pies y piernas, dolor de huesos, fiebre, insomnio, desesperación, sensación de tener entumido el cuerpo y sordera.

Si la enfermedad es debida a la falta de respeto a las hormigas -quemarlas, por ejemplo-, “la sangre se calienta” y aparecen erupciones en la piel tipo sarpullido, insomnio, sensación de piquetes en todo el cuerpo, parálisis facial, fiebre y dolor de cabeza. Al ritual terapéutico se le conoce como “regada” o “levantar la sombra”, y ello permite que el **tonalli** regrese al enfermo. Esta enfermedad epidémica de origen prehispánico aún conserva su vigor. Son numerosos los médicos indígenas especializados en tratar esta afección.

Este síndrome etnocultural también se conoce en la región andina de los aymaras-quechuas como “susto”. Se manifiesta por variados síntomas somáticos, con sus variantes regionales. Se lo conoce también con la designación de manachariska. Este mal es causado por la salida del alma del cuerpo (ajayu), como consecuencia a reacciones imprevistas en lugares donde supuestamente habitan seres míticos. Se presenta en personas que, al caminar en lugares oscuros y solitarios, reaccionan por temor a estos espacios cayendo en estados de ánimos lamentables acompañados de síntomas somáticos tales como cefaleas, náuseas, vómitos, palpitaciones y no raramente cuadros delirantes alucinatorios y confusionales. En aquellos casos más graves de miedo que puede terminar en fallecimiento se le llama animu karkhuska o “alma espantada”.



ANEXOS

Datos Demográficos y Fuentes de Información

La Sra. A es una paciente de 34 años de edad, de origen brasileño, de religión musulmana y de padres inmigrantes libaneses. Está casada, con 4 hijas, es ama de casa y completó la escuela secundaria. Nació en Sao Paulo, una ciudad metropolitana de 17 millones de habitantes. La información clínica aquí resumida fue obtenida de la propia paciente y de la revisión de su récord clínico de dos hospitalizaciones previas.

Razones para la Evaluación

Ella consulta al servicio de emergencia de un hospital general universitario donde una de sus hijas ha sido atendida debido a una malformación congénita. La Sra. A se presentó a la evaluación quejándose de estar experimentando una “crisis emocional”.

Historia de la Presente Enfermedad

La Sra. A reporta que fue una persona extremadamente organizada y muy exigente con ella misma. Después de casarse en sus años de adolescencia tardía, ella desarrolló compulsiones de limpieza. Cuando tenía 24 años, su tercera hija nació con genitales ambiguos y fue considerada como un varón por la familia de su esposo. Seis meses más tarde, el equipo médico le informó que su bebé era en realidad una niña con un genotipo XYO y recomendó tratamiento hormonal y cirugía.

El día en que la cirugía estaba planeada, a mediados de 1989, los familiares de su esposo conversaron con el cirujano y le trataron de convencer de que no cambiara “la masculinidad del bebé”; como consecuencia de esto, la cirugía fue cancelada ese día. La Sra. A presentó una crisis emocional y fue hospitalizada por dos meses, con exaltación del ánimo seguida de depresión y diagnosticada como un trastorno bipolar.

Tras su egreso, su esposo la llevó al Líbano a vivir con sus padres de ella. Tras un año allí, de nuevo fue hospitalizada, pero no tiene ninguna recolección de ese evento ni de los hechos ocurridos en el transcurso de los dos años que siguieron a su primera crisis emocional.

Después de casi 3 años en Líbano, ella retornó a Brasil completamente recuperada. Su tercera hija estaba para entonces viviendo con su cuñada y la familia de su esposo no le permitió traerla a vivir con ella. Poco tiempo después, se embarazó de nuevo y experimentó temor de que su nuevo bebé naciera con problemas congénitos similares. Fue necesario hospitalizarla de nuevo por 2 semanas debido a un trastorno depresivo, cuando cursaba el 6^o mes de embarazo. En agosto de 1993, ella tuvo su 4^a hija.

Evolución

Desde su primera cita en el actual servicio de trastornos del ánimo, ella fue atendida cada mes de manera regular, aun cuando no tomara medicamentos



continuamente. Cuatro meses después se quejó de nerviosismo debido a la carencia de dinero y a problemas con su esposo y su cuñada, debido a que seguía insistiendo en tener a su hija de regreso con ella. Fue referida a un psicoterapeuta para tratamiento regular, pero ella decidió visitar en cambio una iglesia evangélica. Un mes más tarde, fue traída al servicio de emergencia y hospitalizada por 2 meses, debido a síntomas maníacos e ideas de referencia. A su egreso, retornó al cuidado de consulta externa libre de síntomas pero muy sedada (tomaba haloperidol 2.5 mg PO BID). Dos semanas más tarde, el haloperidol se redujo a 1.25 mg por día y se inició psicoterapia sistémicamente orientada. Ella ha permanecido libre de síntomas por los últimos 5 años, pero se siente incómoda de cambiar su medicación a un estabilizador del ánimo, tal y como le ha recomendado su psiquiatra.

Antecedentes Médicos

GMI: Fibromialgia desde hace 5 años.

Historia de Desarrollo, Familiar y Social

La Sra. A. es la 4^a de 7 hijos (los últimos dos son varones) y nació el Día de Todos los Santos. Sus padres migraron desde el Líbano alrededor de 13 años antes. Su padre fue un hombre musulmán, de clase media, austero, que tomó con mucha seriedad tanto los estudios de sus hijos como su formación religiosa. Su madre, por otro lado, fue un ama de casa totalmente sumisa a su esposo. La Sra. A tuvo una niñez feliz, pero la mayoría de sus relaciones sociales estuvieron limitadas a sus otros familiares. No tuvo dificultades para adaptarse a una escuela pública elemental, pero fue académicamente sólo una estudiante promedio hasta sus años adolescentes. Era una niña tranquila, tímida e introspectiva y experimentaba sentimientos de rechazo y de privación afectiva de parte de su familia. Cuando la Sra. A tenía 11 años de edad, su hermana falleció de cáncer y ella sufrió de hepatitis, por lo que tuvo que permanecer en cama por un largo período de tiempo. Durante esta época, su manera de distraerse era leer todos los volúmenes de la enciclopedia que tenían en casa. Ella recuerda cómo “el mundo se abrió” para ella y se convirtió en una estudiante brillante. Fue también durante esta época que tornó más su atención a la religión.

Su adolescencia fue grata, pero no tuvo novios. Cuando tenía 17 años — y estaba por finalizar la escuela secundaria — su padre decidió súbitamente retornar a Líbano, debido a que estaba preocupado por sus propios padres y porque ella prefería que sus hijas no se casaran con hombres brasileños. Ella no deseaba marcharse, pero una vez arribó en Líbano se tornó feliz con la oportunidad de conocer a toda la familia de sus padres. Vivieron en una aldea pequeña, pero ella y una de sus hermanas fueron alojadas en la casa de un tío, próxima a una escuela secundaria

Cuando estaba por terminar la escuela secundaria en Líbano, se inició la guerra con Israel y su familia migró a Siria, en donde permanecieron por 6 meses. Ella se tornó aún más religiosa y cuando retornaron a Líbano no pudo volver a enrolarse en su escuela, pues ésta había sido destruida. Fue entonces cuando conoció al que habría de convertirse en su esposo, un muchacho brasileño musulmán que trabajaba en Venezuela y se encontraba en un viaje de peregrinación por la Meca. Tras 20 días de noviazgo se casaron y viajó entonces a Brasil para ser presentada ante los padres



de su esposo. Sus suegros eran musulmanes radicales y personas muy rígidas con los que ella nunca se encontró cómoda.

Debido a la imposibilidad de obtener visa para viajar con su esposo a Venezuela, debió permanecer en casa de sus suegros, lejos de su esposo, viviendo en el patio trasero de la casa de sus suegros. No tenía contacto con nadie más y carecía de dinero para cubrir, de manera independiente, sus necesidades básicas. De nuevo se sintió rechazada y privada afectivamente, aun después de que su esposo retornara de Venezuela, en vista de que éste era también muy sumiso a su propia madre. Tras el nacimiento de su tercera hija, hubo conflictos con su familia política, descritos en detalle más adelante, y ella empezó a manifestar problemas psiquiátricos.

Síntomas y Examen del Estado Mental

La Sra. A se presenta para la entrevista llevando un vestido largo y cubriendo su cabeza con una chalina. No porta maquillaje, pero denota un adecuado cuidado personal. Es agradable y colaboradora durante la interacción con el entrevistador, mostrándose un poco inhibida al inicio, pero ligeramente más conversadora a medida que la misma transcurre. Su habla es espontánea y luce más sofisticada de lo que su nivel educacional indicaría.

Se le ve alerta y orientada en persona, tiempo y lugar. Su atención espontánea y voluntaria es normal. Su memoria de corto y largo plazo no muestran alteración, excepto por cierto grado de amnesia por un período de dos años posteriores a su crisis emocional que condujo a su primera hospitalización a la edad de 25 años. Su inteligencia luce ligeramente por arriba del promedio. Juicio y discernimiento parecen dentro de lo normal, pero ciertos aspectos de su comportamiento parecen ajenos a su entendimiento.

Su habla es de velocidad normal, coherente y sin la presencia de delusiones. Reporta haber experimentado ideas de grandiosidad y de autoreferencia durante su última hospitalización. Niega la presencia de alucinaciones actuales o pasadas. Su afecto es pleno y no se observan alteraciones del humor en el momento de la presente evaluación. De nuevo reporta períodos de depresión y de exaltación afectiva en los períodos que precedieron a sus hospitalizaciones previas. Su actividad motriz es normal.

Examen Físico y Evaluaciones Complementarias

Su examen físico es completamente normal y las pruebas de rutina de laboratorio se reportan dentro de límites normales. No se requirió estudios de imágenes o de otro tipo.



FORMATO PARA PLAN DE ATENCIÓN CLÍNICA

Nombre: Sra. A Récord N°: Fecha (d/m/a): 27 Agosto 2012

Edad: 34 Sexo: M F Estado civil: Ocupación: Ama de Casa

Clínicos involucrados:

Servicio:

Instrucciones:

Bajo **Problemas** liste, como objetos de atención clínica, trastornos clínicos importantes, discapacidades y problemas contextuales presentados en la formulación diagnóstica. Mantenga esa lista tan simple y corta como sea posible. Consolide en un término abarcativo todos aquellos problemas que compartan la misma intervención.

En **Intervenciones** debe listar los estudios diagnósticos, los tratamientos y las actividades de promoción de la salud pertinentes a cada problema. Sea lo más específico posible en señalar las modalidades de intervención planeadas, dosis y esquemas, cantidades y marcos de referencia temporal, así como los respectivos clínicos responsables de cada intervención.

El espacio para **Observaciones** puede usarse de manera flexible según sea necesario. Por ejemplo, podría incluir fechas anticipadas para la resolución del problema respectivo, fechas planeadas para reevaluación, o notas que indiquen que un problema específico se ha resuelto o se ha tornado inactivo.

PROBLEMAS	INTERVENCIONES	OBSERVACIONES
1. Trastorno bipolar	<p>a. Cambiar el haloperidol por un estabilizador del ánimo, ajustando la dosis de acuerdo con la respuesta y los efectos colaterales.</p> <p>b. Psicoterapia, de preferencia involucrando a su esposo, y considerando estrategias de promoción mediante el fortalecimiento de los aspectos positivos de la paciente.</p>	<p>Re-evaluar en 2 semanas</p> <p>Re-evaluar en 2 meses</p>
2. Fibromialgia	<p>a. Prescribir un antidepresivo inhibidor de la recaptura de la serotonina.</p> <p>b. Referir al servicio de Reumatología.</p>	Seguir su evolución durante las sesiones de psicoterapia.
3. Problemas socioculturales	<p>a. Clarificar más los aspectos de su identidad cultural y su relación con la enfermedad y el tratamiento.</p> <p>b. Referir a los servicios social y psicológico del hospital para orientarla en relación con los problemas médicos y de identidad de género de un hijo/hija.</p>	Seguimiento de su evolución durante las sesiones de psicoterapia.



CAPÍTULOS DE LA CIE-10, FRECUENTEMENTE ASOCIADAS CON ALTERACIONES MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Este apéndice contiene una lista de categorías diagnósticas listadas en otros capítulos del CIE-10 que se asocian con frecuencia con alteraciones incluidas en el capítulo V (F). Se incluyen aquí para que los psiquiatras que utilizan la GLADP dispongan de los términos y los códigos de la CIE-10 que contemplan los diagnósticos que se presentan con mayor frecuencia en la práctica diaria. La mayoría de los trastornos incluidos aquí lo han sido a nivel de tres caracteres, y sólo en algunos casos se ha empleado los códigos de cuatro caracteres para los diagnósticos más frecuentes; de modo que, si el clínico requiere de mayor especificidad diagnóstica, debe recurrir al Manual de la CIE-10 para establecer el diagnóstico y el código respectivo.

CAPÍTULO I ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS ESPECÍFICAS (A00-B99)

A50 Sífilis congénita

A50.4 Neurosífilis congénita tardía (neurosífilis juvenil)

A52 Sífilis tardía

A52.1 Neurosífilis sintomática

Incluye: Tabes dorsal

A81 Infecciones del sistema nervioso central por virus lentos

A81.0 Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

A81.1 Panencefalitis esclerosante subaguda

A81.2 Leucoencefalopatía multifocal progresiva

B22 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) expresada como otras enfermedades específicas

B22.0 Encefalopatía causada por enfermedad por VIH

Incluye: Demencia por VIH

CAPÍTULO II TUMORES (C00-D48)

C70 Tumor maligno de las meninges

C71 Tumor maligno del encéfalo

C72 Tumor maligno de la médula espinal, nervios craneales y otras partes del sistema nervioso central

D33 Tumor benigno del cerebro y de otras partes del sistema nervioso central



- D42 Tumor de las meninges de evolución incierta y de naturaleza no especificada**
- D43 Tumor del encéfalo y del sistema nervioso central de evolución incierta y de naturaleza no especificada**

CAPÍTULO IV

ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS (E00-E90)

- E00 Síndrome congénito por deficiencia de yodo**
- E01 Trastornos tiroideos por deficiencia de yodo y afecciones relacionadas**
- E02 Hipotiroidismo subclínico por deficiencia de yodo**
- E03 Otros tipos de hipotiroidismo**
 - E03.2 Hipotiroidismo debido a medicamentos o a otras sustancias exógenas
 - E03.5 Coma mixedematoso
- E05 Tirotoxicosis (hipertiroidismo)**
- E15 Coma hipoglucémico no diabético**
- E22 Hiperfunción de la glándula hipófisis**
 - E22.0 Acromegalia y gigantismo hipofisario
 - E22.1 Hiperprolactinemia

Incluye: Hiperprolactinemia inducida por drogas
- E23 Hipofunción y otros trastornos de la glándula hipófisis**
- E24 Síndrome de Cushing**
- E30 Alteraciones de la pubertad no clasificadas en otra parte**
 - E30.0 Pubertad retardada
 - E30.1 Pubertad precoz
- E34 Otros trastornos endocrinos**
 - E34.3 Baja estatura no clasificada en otra parte
- E51 Deficiencia de tiamina**
 - E51.2 Encefalopatía de Wernicke
- E64 Secuelas de desnutrición y otras deficiencias nutricionales**
- E66 Obesidad**
- E70 Trastornos del metabolismo de los aminoácidos aromáticos**
 - E70.0 Fenilcetonuria clásica
- E71 Trastornos del metabolismo de los aminoácidos de cadena ramificada y de los ácidos grasos**
 - E71.0 Enfermedad de la orina de jarabe de arce
- E74 Otros trastornos del metabolismo de los carbohidratos**
- E80 Trastornos del metabolismo de las porfirinas y la bilirrubina**



CAPÍTULO VI

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (G00-G99)

G00 Meningitis bacteriana no clasificada en otra parte

Incluye: Las debidas a haemophilus, neumococo, estreptococo, estafilococo y otras meningitis bacterianas

G02 Meningitis en otras enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte

G03 Meningitis debidas a otras causas y a causas no especificadas

G04 Encefalitis, mielitis y encefalomiелitis

G06 Absceso y granuloma intracraneales e intrarraquídeos

G06.2 Absceso extradural y subdural no especificado

G10 Enfermedad de Huntington

G11 Ataxia hereditaria

G20 Enfermedad de Parkinson

G21 Parkinsonismo secundario

G21.0 Síndrome neuroléptico maligno

G21.1 Otro parkinsonismo secundario inducido por drogas

G21.2 Parkinsonismo secundario debido a otros agentes externos

G21.3 Parkinsonismo postencefalítico

G24 Distonía

Incluye: Disquinesia

G24.0 Distonía inducida por drogas

G24.3 Tortícolis espasmódica

G24.8 Otras distonías

Incluye: Disquinesia tardía

G25 Otros trastornos extrapiramidales y del movimiento

Incluye: Síndrome de las piernas temblorosas, tremor medicamentoso, mioclonus, corea, tics

G30 Enfermedad de Alzheimer

G30.0 Enfermedad de Alzheimer de comienzo temprano

G30.1 Enfermedad de Alzheimer de comienzo tardío

G30.8 Otra enfermedad de Alzheimer

G30.9 Enfermedad de Alzheimer, no especificada

G31 Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso clasificadas en otra parte

G31.0 Atrofia cerebral circunscrita

Incluye: Enfermedad de Arnold Pick

G31.1 Degeneración cerebral senil, NCOP

G31.2 Degeneración del sistema nervioso debida al alcohol



Incluye: Ataxia cerebelosa alcohólica

Degeneración alcohólica:

- Cerebelosa alcohólica
- Cerebral alcohólica
- Encefalopatía alcohólica

Disfunción del sistema nervioso autónomo debido al alcohol.

G31.8 Otras enfermedades degenerativas especificadas del sistema nervioso

Incluye: Encefalopatía subaguda necrotizante (enfermedad de Leigh) y degeneración de la sustancia gris (enfermedad de Alpers)

G32 Otros trastornos degenerativos del sistema nervioso en enfermedades clasificadas en otra parte

G35 Esclerosis múltiple

G37 Otras enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central

G37.0 Esclerosis difusa

Incluye: Encefalitis periaxial
Enfermedad de Schilder

G40 Epilepsia

G40.0 Epilepsia idiopática y síndromes epilépticos con localización precisa (focal) (parcial) y con convulsiones de presentación localizada

Incluye: Epilepsia benigna infantil con descargas centrotemporales en el EEG o paroxismos occipitales en el EEG.

G40.1 Epilepsia sintomática localizada (focal) (parcial) y síndromes epilépticos asociados con ataques parciales simples

Incluye: Ataques sin alteraciones de la conciencia

G40.2 Epilepsia sintomática y síndromes epilépticos asociados con ataques parciales complejos

Incluye: Ataques con alteración de la conciencia, a menudo con automatismos

G40.3 Epilepsia y síndromes epilépticos idiopáticos generalizados

G40.4 Otras epilepsias y síndromes epilépticos idiopáticos generalizados

Incluye: Ataques "salaam"

G40.5 Síndromes epilépticos especiales

Incluye: Ataques epilépticos relacionados con el alcohol, los medicamentos y la falta de sueño

G40.6 Ataques del "gran mal", no especificados (con o sin pequeño mal)

G40.7 "Pequeño mal", no especificado, sin ataques de gran mal

G41 Estado epiléptico

G43 Migraña

G44 Otros síndromes de cefalea

G45 Ataques de isquemia cerebral transitoria y síndromes relacionados



G47 Alteraciones del sueño

G47.2 Alteraciones del ritmo sueño-vigilia

G47.3 Apnea del sueño

G47.4 Narcolepsia y catalepsia

G70 Miastenia gravis y otros trastornos mioneurales

G70.0 Miastenia gravis

G91 Hidrocefalia**G92 Encefalopatía tóxica****G93 Otros trastornos del encéfalo**

G93.1 Lesión cerebral anóxica NCOP

G93.3 Síndrome de fatiga postviral

Incluye: Encefalomielitis miálgica benigna

G93.4 Encefalopatía no especificada

G97 Trastornos secundarios a cirugía y a otros procedimientos del sistema nervioso NCOP

G97.0 Derrame de líquido cefalorraquídeo secundario a punción espinal

CAPÍTULO VII**ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS (H00-H59)****H40 Glaucoma**

H40.6 Glaucoma secundario a drogas

CAPÍTULO VIII**ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDEA (H60-H95)****H93 Otros trastornos del oído no clasificados en otra parte**

H93.1 Tinnitus

CAPÍTULO IX**ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO (100-199)****I10 Hipertensión esencial (primaria)****I60 Hemorragia subaracnoidea****I61 Hemorragia intracerebral****I62 Otra hemorragia intracraneal no traumática**

I62.0 Hemorragia subdural (aguda, no traumática)

I62.1 Hemorragia extradural no traumática

I63 Infarto cerebral**I64 Ictus, ataque agudo no especificado como hemorragia o infarto**

- I65 Oclusión y estenosis de las arterias precerebrales sin infarto cerebral**
- I66 Oclusión y estenosis de las arterias cerebrales sin infarto cerebral**
- I67 Otras enfermedades cerebrovasculares**
 - I67.2 Ateroesclerosis cerebral
 - I67.3 Leucoencefalopatía vascular progresiva
 - Incluye:* Enfermedad de Binswanger
 - I67.4 Encefalopatía hipertensiva
- I69 Secuelas de enfermedades cerebrovasculares**
- I95 Hipotensión**
 - I95.2 Hipotensión debida a drogas

CAPÍTULO X

ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO (J00-J99)

- J10 Influenza debida a virus de la influenza identificado**
 - J10.8 Influenza con otras manifestaciones, virus de la influenza identificado
- J11 Influenza, virus no identificado**
 - J11.8 Influenza con otras manifestaciones, virus no identificado
- J42 Bronquitis crónica no especificada**
- J43 Enfisema**
- J45 Asma**

CAPÍTULO XI

ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO (K00-K93)

- K25 Úlcera gástrica**
- K26 Úlcera duodenal**
- K27 Úlcera péptica, de localización sin especificar**
- K29 Gastritis y duodenitis**
 - K29.2 Gastritis alcohólica
- K30 Dispepsia**
- K58 Síndrome del colon irritable**
- K59 Otras alteraciones intestinales funcionales**
- K70 Enfermedad hepática alcohólica**
- K71 Enfermedad hepática tóxica**
 - Incluye:* Enfermedad hepática inducida por drogas
- K86 Otras enfermedades del páncreas**
 - K86.0 Pancreatitis crónica inducida por alcohol



CAPÍTULO XII

ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO (L00-L99)

L20 Dermatitis atópica

L98 Otros trastornos de la piel y del tejido celular subcutáneo NCOP

L98.1 Dermatitis facticia

Incluye: Excoriación neurótica

CAPÍTULO XIII

ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO (M00-M99)

M32 Lupus eritematoso diseminado

M54 Dorsalgia

CAPÍTULO XIV

ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO (N00-N99)

N48 Otras alteraciones del pene

N48.3 Priapismo

N48.4 Impotencia de origen orgánico

N91 Menstruación ausente, escasa y rara

N94 Dolor y otras afecciones asociadas con los órganos genitales femeninos y con el ciclo menstrual

N94.3 Síndrome de tensión premenstrual

N94.4 Dismenorrea primaria

N94.5 Dismenorrea secundaria

N94.6 Dismenorrea, no especificada

N95 Alteraciones menopáusicas y otras afecciones perimenopáusicas

N95.1 Estados menopáusicos y climatéricos femeninos

N95.3 Estados asociados con menopausia artificial

CAPÍTULO XV

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (O00-O99)

O04 Aborto inducido por médico

O35 Atención materna, motivada por anomalía o lesión fetal confirmada o supuesta

O35.4 Atención materna, motivada por (sospecha de) lesión fetal debida a alcohol

O35.5 Atención materna, motivada por (sospecha de) lesión fetal inducida por drogas



Q99 Otra enfermedad materna clasificable en otra parte, pero que complica el embarazo, el parto o el puerperio

Q99.3 Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, el parto o el puerperio

Incluye: Afecciones en F00-F99 y G00-G99

CAPÍTULO XVII

MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS (Q00-Q99)

Q02 Microcefalia

Q03 Hidrocefalia congénita

Q04 Otras malformaciones congénitas del encéfalo

Q05 Espina bífida

Q75 Otras malformaciones congénitas de los huesos del cráneo y de la cara

Q85 Facomatosis no clasificadas en otra parte

Q85.0 Neurofibromatosis (no maligna)

Q85.1 Esclerosis tuberosa

Q86 Síndromes con malformaciones congénitas debidas a causas exógenas conocidas NCOP

Q86.0 Síndrome (dismórfico) alcohólico fetal

Q90 Síndrome de Down

Q90.0 Trisomía 21, falta de disyunción meiótica

Q90.1 Trisomía 21, mosaico (falta de disyunción mitótica)

Q90.2 Trisomía 21, translocación

Q90.9 Síndrome de Down, no especificado

Q91 Síndrome de Edwards y Síndrome de Patau

Q93 Monosomias y deficiencias de autosomas no clasificados en otra parte

Q93.4 Deficiencia del brazo corto del cromosoma 5

Incluye: Síndrome del maullido del gato

Q96 Síndrome de Turner

Q97 Otras anomalías de los cromosomas sexuales, fenotipo femenino, no clasificadas en otra parte

Q98 Otras anomalías de los cromosomas sexuales, fenotipo masculino, no clasificadas en otra parte

Q98.0 Síndrome de Klinefelter con cariotipo 47,XXY

Q98.1 Síndrome de Klinefelter, varón con más de 2 cromosomas X

Q98.2 Síndrome de Klinefelter, varón con cariotipo 46,XX

Q98.4 Síndrome de Klinefelter, no especificado

Q99 Otras anomalías cromosómicas no clasificadas en otra parte



CAPÍTULO XVIII**SÍNTOMAS, SIGNOS Y ANORMALIDADES CLÍNICAS Y DE LABORATORIO NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE (R00-R99)****R55 Síncope y colapso****R56 Convulsiones no clasificadas en otra parte**

R56.0 Convulsiones febriles

R56.8 Otras convulsiones y las no especificadas

R62 Falta del desarrollo fisiológico normal esperado

R62.0 Retardo del desarrollo fisiológico (retraso en etapas fisiológicas)

R62.8 Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado

R62.9 Falta del desarrollo fisiológico normal esperado, no especificado

R63 Síntomas y signos relacionados con la alimentación y la ingestión de líquidos

R63.0 Anorexia

R63.1 Polidipsia

R63.4 Pérdida anormal de peso

R63.5 Ganancia anormal de peso

Anotación Latinoamericana

R69 Diagnóstico diferido en Eje I

R69 Diagnóstico diferido en Eje II

R78 Hallazgo de drogas y otras sustancias que normalmente no se encuentran en sangre

Incluye: Alcohol (R 78.0); opiáceos (R 78.1); cocaína (R 78.2); alucinógenos (R 78.3); medicamentos con potencial capacidad de adicción (R78.4); medicamentos psicoactivos (R78.5); concentraciones anómalas de litio (R78.8)

R83 Hallazgos anormales en el líquido cefalorraquídeo**R90 Hallazgos anormales en el diagnóstico por imágenes del sistema nervioso central****R94 Resultados anormales en estudios funcionales**

R94.0 Resultados anormales en estudios funcionales del sistema nervioso central

Incluye: Electroencefalograma (EEG) anormal

CAPÍTULO XIX**TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS (S00- T98)****S06 Traumatismo intracraneal**

S06.0 Concusión



- S06.1 Edema cerebral traumático
- S06.2 Traumatismo cerebral difuso
- S06.3 Traumatismo cerebral focal
- S06.4 Hemorragia epidural
- S06.5 Hemorragia traumática subdural
- S06.6 Hemorragia traumática subaracnoidea
- S06.7 Traumatismo intracraneal con coma prolongado

CAPÍTULO XX

CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD (V01-Y98)

SUICIDIOS Y LESIONES INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDAS (X60-X84)

Incluye: Envenenamiento o lesión intencionalmente autoinfligida, intento de suicidio

- X60 Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por analgésicos no opiáceos, antipiréticos o antirreumáticos**
- X61 Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por medicamentos antiepilépticos, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianos y psicotrópicos no clasificados en otra parte**
Incluye: Antidepresivos, barbitúricos, neurolépticos, psicoestimulantes
- X62 Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otra parte**
Incluye: Cannabis (derivados), cocaína, codeína, heroína, lisérgida (LSD), mescalina, metadona, morfina, opio (alcaloides)
- X63 Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por otros medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso autónomo**
- X64 Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por otras drogas, medicamentos y productos biológicos y los no especificados**
- X65 Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por alcohol**
- X66 Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por solventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores**
- X67 Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por otros gases y vapores**
Incluye: Monóxido de carbono; gas ciudad
- X68 Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por pesticidas**
- X69 Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por otros productos químicos y sustancias nocivas y los no especificados**
Incluye: Aromáticos corrosivos, ácidos y álcalis cáusticos
- X70 Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación**
- X71 Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por sumersión**



- X72 Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por disparo de arma corta**
- X73 Suicidio y lesión intencional mente autoinfligida por descargas de rifles, escopeta y arma larga**
- X74 Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por disparo de otra arma de fuego y las no especificadas**
- X75 Suicidio y lesión intencional mente autoinfligida por material explosivo**
- X76 Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por humo, fuego o llamas**
- X77 Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por vapores de agua, vapores calientes y objetos calientes**
- X78 Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por objeto cortante**
- X79 Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por objetos sin filo o romos**
- X80 Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por salto desde un lugar elevado**
- X81 Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por arrojar o tenderse ante objeto en movimiento**
- X82 Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por choque de vehículo a motor**
- X83 Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por otros medios especificados**
Incluye: - Choque de aeronaves
 - Electrocuación
 - Sustancias cáusticas, excepto envenenamiento
- X84 Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por medios no especificados**

Homicidios y lesiones intencionalmente infligidas por otras personas (X85-Y09)

Incluye: Intento de homicidio
 Agresión

- X93 Homicidio y agresión con disparos de arma corta**
- X99 Homicidio y agresión con objetos cortantes**
- Y00 Homicidio y agresión con objetos sin filo o romos**
- Y04 Homicidio y agresión con fuerza corporal**
- Y05 Agresión sexual con fuerza corporal**
- Y06 Negligencia y abandono**
- Y07 Otros síndromes de maltrato**
Incluye: Crueldad mental; abuso físico; abuso sexual; tortura



Drogas, medicamentos y productos biológicos que causan efectos adversos en su uso terapéutico (Y40- Y59)

Y46 Antiepilépticos y drogas antiparkinsonianas

Y46.7 Antiparkinsonianos

Y47 Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos

Y49 Sustancias psicoactivas no clasificadas en otra parte

Y49.0 Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos

Y49.1 Antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa

Y49.2 Otros antidepresivos y los no especificados

Y49.3 Antipsicóticos neurolepticos y fenotiazínicos

Y49.4 Neurolepticos de la butirofenona y tioxantina

Y49.5 Otros antipsicóticos y neurolepticos

Y49.6 Psicodislépticos (alucinógenos)

Y49.7 Psicoestimulantes con potencial de abuso

Y49.8 Otras sustancias psicoactivas no clasificadas en otra parte

Y49.9 Sustancia psicoactiva, no especificada

Y50 Estimulantes del sistema nervioso central no clasificados en otra parte

Y51 Drogas que afectan primariamente el sistema nervioso autónomo

Y57 Otras drogas y medicamentos y los no especificados

CAPÍTULO XXI

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y EN EL CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD (Z00-Z99)

Z00 Examen general y evaluación de personas sin molestias o diagnósticos reportados

Z00.4 Examen psiquiátrico general no clasificado en otra parte

Z02 Exámenes y consultas para fines administrativos

Z02.3 Examen por reclutamiento para las fuerzas armadas

Z02.4 Examen para licencia de conducir automotores

Z02.6 Exámenes para fines de seguros

Z02.7 Expedición de certificado médico

Z03 Observación y evaluación médica por sospecha de enfermedades o afecciones

Z03.2 Observación por sospecha de trastorno mental o de la conducta

Incluye: Observación por:

Cleptomanía sin manifestación de alteración psiquiátrica

Conducta asocial sin manifestación de alteración psiquiátrica

Piromanía sin manifestación de alteración psiquiátrica

Pandillaje sin manifestación de alteración psiquiátrica



Anotación Latinoamericana

- Z03.2 No diagnóstico en Eje I
- Z03.2 No diagnóstico en Eje II
- Z03.2 Sin trastorno psiquiátrico manifiesto

Z04 Examen y observación por otras razones

Incluye: Examen por razones medicolegales

- Z04.6 Examen psiquiátrico general, solicitado por una autoridad

Z21 Estado asintomático de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Incluye: VIH positivo sin otra especificación

Z22 Estado de portador de una enfermedad infecciosa**Z50 Atención que incluye el uso de procedimientos de rehabilitación**

- Z50.2 Rehabilitación por alcoholismo
- Z50.3 Rehabilitación por drogadicción
- Z50.4 Psicoterapia, no clasificada en otra parte
- Z50.7 Terapia ocupacional y rehabilitación vocacional, no clasificadas en otra parte
- Z50.8 Atención que incluye el uso de otros procedimientos de rehabilitación

Incluye: Rehabilitación del tabaquismo, aprendizaje de actividades de la vida diaria (AVD)

Z54 Convalecencia

- Z54.3 Convalecencia post-psicoterapia

Z55 Problemas relacionados con la educación y el alfabetismo**Z56 Problemas relacionados con el empleo y desempleo****Z57 Exposición ocupacional a factores de riesgo****Z58 Problemas relacionados con el ambiente físico****Z59 Problemas relacionados con la vivienda y condiciones económicas****Z60 Problemas relacionados con el ambiente social**

- Z60.0 Problemas de ajuste a las transiciones de los ciclos vitales
- Z60.1 Situaciones atípicas de paternidad (y/o maternidad)
- Z60.2 Condición de vivir solo o sola
- Z60.3 Dificultades con la adaptación cultural
- Z60.4 Exclusión y rechazo social
- Z60.5 Blanco de discriminación adversa o persecución
- Z60.8 Otros problemas relacionados con el ambiente social

Z61 Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez

- Z61.0 Pérdida de relación afectiva de la infancia



- Z61.1 Remoción del hogar durante la niñez
- Z61.2 Alteración en el patrón de relaciones intrafamiliares
- Z61.3 Hechos conducentes a la pérdida de la autoestima durante la niñez
- Z61.4 Problemas relacionados con alegaciones de abuso sexual del niño por una persona perteneciente al grupo primario de apoyo
- Z61.5 Problemas relacionados con alegaciones de abuso sexual del niño por una persona ajena al grupo primario de apoyo
- Z61.6 Problemas relacionados con alegaciones de abuso físico del niño
- Z61.7 Experiencias personales atemorizantes en la niñez
- Z61.8 Otras experiencias negativas en la niñez

Z62 Otros problemas relacionados con la crianza y educación del niño

Excluye: Síndromes de maltrato (T74.-)

- Z62.0 Supervisión y control inadecuado del niño por los padres o por sus sustitutos
- Z62.1 Superprotección del niño por los padres o por sus sustitutos
- Z62.2 Crianza en institución
- Z62.3 Hostigamiento y acusación de culpabilidad al niño (víctima propiciatoria)
- Z62.4 Negligencia emocional en la crianza del niño
- Z62.5 Otros problemas relacionados con negligencia en la crianza del niño
- Z62.6 Presiones inapropiadas de los padres y otras anormalidades en la crianza del niño
- Z62.8 Otros problemas específicos de la crianza del niño
- Z62.9 Problemas no especificados, relacionados con la crianza del niño

Z63 Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, incluidos los dependientes de circunstancias familiares

- Z63.0 Problemas de relación entre esposos o pareja
- Z63.1 Problemas de relación con padres o con familiares políticos
- Z63.2 Apoyo familiar inadecuado
- Z63.3 Ausencia de algún miembro de la familia
- Z63.4 Desaparición o muerte de algún miembro de la familia
- Z63.5 Ruptura familiar por separación o divorcio
- Z63.6 Familiar dependiente necesitado de cuidado en el hogar
- Z63.7 Otros hechos estresantes de la vida diaria que afectan a la familia y al hogar
- Z63.8 Otros problemas específicos relacionados con el grupo primario de apoyo

Z64 Problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales

- Z64.0 Problemas relacionados con embarazo no deseado
- Z64.2 Búsqueda y aceptación de intervenciones físicas, nutricionales o químicas, conociendo su riesgo y peligros



Z64.3 Solicitud y/o aceptación de intervenciones psicológicas o de comportamiento, conociendo su riesgo y peligro

Z64.4 Discordia con consejeros

Incluye: Supervisores de libertad condicional;
Trabajadores sociales.

Z65 Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales

Z65.0 Culpabilidad en procedimientos civiles o criminales sin encarcelamiento

Z65.1 Encarcelamiento u otra privación de libertad

Z65.2 Problemas relacionados con la excarcelación

Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales

Incluye: Arrestos;
Juicios;
Litigios.

Z65.4 Víctima de crimen o terrorismo (incluyendo tortura)

Z65.5 Exposición a desastre, guerra u otras hostilidades

Z70 Consejo relacionado con actitud, conducta u orientación sexual

Z71 Personas que se presentan en los servicios de salud para otros consejos médicos no clasificados en otra parte

Z71.4 Consejo y supervisión por abuso de alcohol

Z71.5 Consejo y supervisión por abuso de drogas

Z71.6 Consejo por abuso de tabaco

Z72 Problemas relacionados con el estilo de vida

Z72.0 Uso de tabaco

Z72.1 Uso de alcohol

Z72.2 Uso de drogas

Z72.3 Falta de ejercicio físico

Z72.4 Dieta y hábitos alimentarios inapropiados

Z72.5 Conducta sexual de alto riesgo

Z72.6 Jugador o apostador (Iudopatía)

Z72.8 Otros problemas relacionados con el estilo de vida

Incluye: Comportamiento autoagresivo

Anotación Latinoamericana

Z72.80 Pertenencia a grupos de riesgo (mafia, maras, grupos satánicos, otros similares)

Z73 Problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida

Z73.0 Agotamiento

Z73.1 Acentuación de los rasgos de personalidad



Incluye: Patrón de conducta tipo A (Caracterizada por ambición desmedida, alta necesidad de logros, impaciencia, competitividad y sensación de urgencia)

Z73.2 Falta de relajación y ocio

Z73.3 Estrés, no clasificado en otra parte

Z73.4 Habilidades sociales inadecuadas, no clasificadas en otra parte

Z73.5 Conflicto con el papel social, no clasificado en otra parte

Z75 Problemas relacionados con servicios médicos y otra atención de salud

Z75.1 Persona aguardando la admisión a (un) (otro) servicio adecuado

Z75.2 Otro período de espera para investigación y tratamiento

Z75.3 Carencia de disponibilidad o de acceso a servicios de salud

Z75.5 Cuidado durante vacaciones

Z76 Personas que entran en contacto con los servicios de salud en otras circunstancias

Z76.0 Emisión repetida de recetas

Z76.5 Enfermos fingidores (simuladores conscientes)

Incluye: Personas que aparentan enfermedades por motivos obvios

Z81 Historia familiar de trastornos mentales o de conducta

Z81.0 Antecedentes familiares de retraso mental

Z81.1 Antecedentes familiares de alcoholismo

Z81.3 Antecedentes familiares de abuso de otros productos psicoactivos

Z81.8 Antecedentes familiares de otros trastornos mentales o de conducta

Z82 Historia familiar de ciertas discapacidades o de enfermedades crónicas incapacitantes

Z82.0 Historia familiar de epilepsia y otras enfermedades del sistema nervioso

Z85 Historia personal de neoplasia maligna

Z86 Historia personal de algunas otras enfermedades

Z86.0 Historia personal de otros tumores

Z86.4 Historia personal de abuso de sustancias psicoactivas

Z86.5 Historia personal de enfermedades del sistema nervioso o del comportamiento

Z86.6 Historia personal de enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos

Z87 Historia personal de otras enfermedades y afecciones

Z87.7 Historia personal de malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas

Z89 Pérdida parcial o total de extremidad(es)

Z90 Pérdida parcial o total de órgano(s), no clasificada en otra parte



Z91 Historia personal de factores de riesgo, no clasificada en otra parte

Z91.1 Historia personal de incumplimiento del tratamiento médico o del régimen alimentario

Z91.4 Historia personal de trauma psicológico no clasificado en otra parte

Z91.5 Historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente

Incluye: Parasuicidio

Autoenvenenamiento

Intento de suicidio



Toda disciplina del saber humano tiene su propia terminología, que es necesario conocer para orientarse en las complejidades de la información que contiene. Tal conocimiento, además, debe estar informado de su marco cultural pertinente, en nuestro caso, el latinoamericano. La terminología psiquiátrica no está completamente estandarizada, por lo cual sus conceptos no siempre tienen una acepción universal. Así, un mismo fenómeno puede ser conocido por distintos apelativos según la región geográfica, escuela de pensamiento o incluso las concepciones personales de quien las emplea.

Las definiciones que a continuación aparecen son aquellas que a juicio de los editores de la GLADP-VR se ajustan más al sentido con que son usadas en esta Guía.

TÉRMINO	DEFINICIÓN
Alucinaciones	Percepción de un objeto inexistente en el campo sensorial del sujeto en el momento de la vivencia.
Angustia	Término utilizado en esta Guía como sinónimo de ansiedad, empleado con un sentido más restringido para referirse a los estados de ansiedad caracterizados por intensas manifestaciones precordiales (opresión o dolor precordial, palpitaciones, disnea, etc.)
Anhedonia	Incapacidad generalizada para disfrutar de la vida.
Ansiedad	Síndrome constituido por un conjunto de manifestaciones subjetivas y objetivas, y caracterizado por un estado hipertrofiado de alerta, asociado con síntomas y signos de excitación autonómica, los mismos que normalmente acompañan a la aparición o expectativa de un peligro objetivo, aun sin la presencia de este.
Apatía	Afectación de la esfera conativa del psiquismo, consistente en una significativa disminución, morbosamente engendrada, de la disposición anímica para llevar a cabo acciones.
Chamán	Deriva del armenio y significa sabio. Persona encargada en las sociedades tradicionales, y en algunos medios sociales actuales, de ciertos rituales terapéuticos, religiosos y comunitarios, frecuentemente acompañados de estados modificados de conciencia (trance).
Conciencia	Este término es usado en esta guía en un sentido restringido, equivalente a nivel de vigilia. Debe reconocerse que hay otros usos igualmente apropiados del vocablo.
Confiabilidad	Ver Fiabilidad.
Contextualizado	Diagnóstico o sistema diagnóstico que toma en cuenta el entorno del sujeto evaluado, o está en relación dialéctica con éste.



TÉRMINO	DEFINICIÓN
Delirium	Síndrome encefálico agudo de evolución fluctuante, caracterizado por niveles de conciencia variados, que se acompaña de vívidas ilusiones y alucinaciones, las cuales determinan el estado afectivo y conductual del paciente.
Delusión	Idea falsa, irrefutable por argumentación lógica, que es mantenida firmemente a pesar de la evidencia que la contradice y del hecho de que otros miembros del grupo cultural no la comparten.
Delusiones o Ideas delusivas de Influencia o de pasividad	Ideas que expresan la creencia o convicción del paciente de que sus actos, pensamientos y sentimientos no le pertenecen, sino que le son impuestos por fuerzas externas.
Disforia	Un sentimiento de desagrado e inquietud general; un estado de ánimo de insatisfacción e inquietud general. Suele estar presente en los estados depresivos y ansiosos.
Divagación	Pensamiento vago o elíptico. Trastorno del curso del pensamiento en el cual las ideas principales se entremezclan con otras de relativa o ninguna conexión con ellas, sin que las primeras lleguen a perderse del todo. La resultante es un lenguaje lleno de rodeos con un pobre poder de comunicación.
Ecopraxia	Repetición, por parte del paciente, sin segundas intenciones aparentes y de manera mecánica, de los movimientos y gestos realizados por su interlocutor.
Estrés	Término utilizado para referirse a 1) las manifestaciones clínicas debidas a la presencia de factores tensionantes que no han podido ser adecuadamente enfrentados, o 2) como sinónimo de estos factores.
Estructurados	[Elementos, entrevistas, etc.]: cuestionarios organizados de tal forma, que toda la información es recogida mediante preguntas pre-establecidas, concretas y directas.
Estupor	Se refiere a un estado de marcada disminución de los movimientos voluntarios, usualmente asociada con una alteración de la conciencia.
Excitación	Síndrome caracterizado por un aumento marcado y desorganizado de los movimientos voluntarios, con distorsión del control consciente de los mismos.
Fiabilidad	Grado de concordancia semiológica o diagnóstica entre diferentes evaluadores o entre diferentes administraciones del instrumento.



TÉRMINO	DEFINICIÓN
Fugarse de la escuela	Sustituye en el texto de esta Guía al término “hacer novillos”, empleado en las versiones españolas de la CIE-10 y que se refiere al ausentismo escolar no autorizado -y, con frecuencia, desconocido- por los padres.
Hipercinencia	Aumento significativo de los movimientos voluntarios, sin que tal incremento se traduzca en una mayor producción académica o laboral.
Hipervigilancia	Condición caracterizada por un excesivo estado de alerta, lo que usualmente se acompaña de un estado de hipersugestibilidad.
Humor	Se utiliza en esta Guía como intercambiable con “afecto” y “estado de ánimo”.
Idea sobrevalorada	Trastorno del pensamiento consistente en la magnificación de un suceso o situación real a tal punto que interfiera con el normal desenvolvimiento del paciente en cualquier esfera.
Ilusión	Percepción distorsionada de un objeto.
Incoherencia	Trastorno de la forma del pensamiento, caracterizado por un lenguaje carente de una asociación lógica entre palabras o ideas, por lo que se pierde su poder de comunicación.
Irritabilidad	Estado afectivo caracterizado por una disminución del umbral de estimulación psíquica necesario para evocar reacciones disfóricas, o de alarma.
Labilidad afectiva	Estado caracterizado por la inestabilidad y los frecuentes cambios en la polaridad del estado afectivo ante estímulos poco significativos.
Labilidad emocional	Ver labilidad afectiva.
Mestizo	Término que se utiliza en Latinoamérica para designar al descendiente de padres pertenecientes a etnias diferentes, tales como las europeas, africanas, asiáticas y las indoamericanas. El mestizaje no es un acontecimiento meramente biológico, sino que implica el encuentro y enriquecimiento mutuo de diversas culturas. En efecto, puede decirse que el mestizaje es un elemento descriptivo central de la cultura latinoamericana. Algunos de los términos utilizados para designar ciertas formas de mestizaje son: cholo, zambo, mulato, ladino, criollo.
Misoginia	Aversión o desprecio a sus propios orígenes (etnia, nacionalidad por ejemplo). No debe confundirse con el término Misoginia (ver).



TÉRMINO	DEFINICIÓN
Movimientos estereotipados	Son aquellos consistentes en secuencias de acciones monótonas, iterativas y sin propósito útil evidente.
Neologismos	Trastorno del contenido del pensamiento consistente en la utilización de palabras “inventadas” por el paciente, frecuentemente con un significado <i>sui generis</i> .
Neurótico	[Nivel de funcionamiento, desarrollo]. Un nivel de funcionamiento psicológico, cuyas manifestaciones son consideradas indeseables por el paciente, que busca deshacerse de ellas. Se diferencia del nivel de funcionamiento psicótico por preservar la capacidad de evaluación de la realidad.
Nihilistas (ideas)	Ideas de negación o aniquilación.
Obediencia automática	Comportamiento caracterizado por la ejecución automática de las órdenes dadas al paciente, aun cuando, dada su naturaleza, estas deberían ser normalmente rechazadas.
Pachamama	La deidad Tierra de la cultura Quechua. También se le llama Mamapacha.
Pensamiento (Bloqueo del)	Trastorno del curso del pensamiento, consistente en la interrupción abrupta del hilo del pensamiento, con incapacidad temporal para generar nuevas ideas o volver al tema o conversación interrumpida.
Pensamiento (Difusión del)	Convicción delusiva de que lo que se piensa es, automáticamente y en contra de su voluntad, difundido a otra u otras personas.
Pensamiento (Inserción del)	Convicción de carácter delusivo de que sus pensamientos no le pertenecen, sino que le son impuestos por fuerzas externas.
Pensamiento (Robo del)	Interpretación delusiva del bloqueo del pensamiento, atribuyéndolo a la substracción de este por personas u otras fuerzas externas.
Percepción delusiva	Fenómeno psicopatológico consistente en la atribución delusional de un significado especial (generalmente de revelación) a hechos u objetos normalmente percibidos.
Perfeccionismo	Elevación extrema, innecesaria y paralizante del nivel de exigencia en la calidad de las cosas o del desempeño propio o de segundas personas.
Pilladura	Un síndrome cultural que consiste en la pérdida del alma, o de alguna de las almas.



TÉRMINO	DEFINICIÓN
Psicoactivas (<i>Drogas,</i> <i>Substancias</i>)	Dícese de aquellas cuyo consumo produce cambios en el estado mental.
Psicosis, psicótico	En línea con el enfoque descriptivo de la clasificación de los trastornos mentales en la CIE-10, la GLADP acepta que el concepto de psicosis (o psicótico) “simplemente indica la presencia de alucinaciones, delusiones, o un número limitado de anormalidades graves de la conducta, tales como excitación e hiperactividad exageradas, retardo psicomotriz marcado, y conducta catatónica” (WHO, 1992).
Psicotropas (<i>Drogas,</i> <i>Substancias</i>)	Ver Psicoactivas.
Ritual obsesivo	Sucesión de comportamientos absurdos que el paciente ejecuta de modo compulsivo y rígido, antes o después de determinadas situaciones. Pueden tener como objetivo el prever de un modo “mágico” la ocurrencia de eventos infortunados, o simplemente escapar a la ansiedad que provoca el no ejecutarlos.
Síntomas negativos, o de déficit	Son aquellos caracterizados por la pérdida o embotamiento de funciones necesarias para un funcionamiento psicológico y social adecuados.
Síntomas positivos	Aquellos determinados por la aparición de elementos conductuales, afectivos o de pensamiento, que normalmente se encuentran ausentes, o son mucho menos marcados en la psiquis normal, como delusiones, alucinaciones o agitación.
Síntomas psicóticos	Este término es usado para referirse a la presencia de ideas delusivas, alucinaciones, gran excitación e hiperactividad, aislamiento social grave (no debido a depresión o ansiedad), o marcada inhibición psicomotriz y catatonia.
Suicida (<i>acto,</i> <i>gesto</i>)	Autoagresión que tiene el propósito de quitarse la vida, ponerla en peligro o poner en evidencia la disposición a hacerlo.
Suicidio Suicidio, intento de	Autoagresión de consecuencias fatales. Autoagresión que no llega a causar la muerte.
Validez	Término estadístico relacionado con el grado de utilidad de un concepto y de su capacidad para recoger sus características definitorias.



FUTUROS

En este anexo se recogen las ideas que un número considerable de profesionales de la salud mental de Latinoamérica formuló al cuerpo de dirección de la GLADP-VR, durante los múltiples encuentros de preparación realizados en diversos países de la región, pero que por razones diversas no podían ser incorporadas como anotaciones latinoamericanas. La mayoría de estas ideas implicaban modificaciones sustanciales a la arquitectura de la CIE-10, lo que rompía con el plan original de los grupos de trabajo en el sentido de que se respetaría el texto original de la CIE-10 y sólo se incorporarían al texto, en forma de anotaciones, aquellos conceptos e ideas que, mejorando la aplicación de las categorías diagnósticas a la población de pacientes latinoamericanos, no se apartaran demasiado del formato propuesto por la CIE-10. Asimismo, se incluye propuestas de ampliación de los códigos Z en base a las dinámicas familiares en Latinoamérica.

Cada propuesta ha sido resumida, identificando adecuadamente la categoría o subcategoría de la CIE-10 a que se refiere; de esa manera, aquellos que continúen el esfuerzo de revisar el sistema diagnóstico latinoamericano y de contribuir, a través de ese esfuerzo, al perfeccionamiento del sistema internacional de diagnóstico y clasificación, puedan recoger con facilidad las inquietudes de los clínicos latinoamericanos y usarlas para la mayor efectividad de su labor.

F0, Trastornos mentales orgánicos: Definición de Demencia y marcadores

Debe darse prioridad al registro del grado de demencia sobre el de los síntomas adicionales. En tal virtud, la división en *leve, moderado y grave* debe registrarse con un quinto carácter y, cuando se estime pertinente, utilizar el sexto carácter para codificar los síntomas adicionales. Se sugiere que entre los criterios de la demencia se incluya en los modificadores las complicaciones neuropsiquiátricas (síntomas afectivos, psicóticos, alteraciones de la conducta) por tener implicancias en el tratamiento.

F00, Demencia de la Enfermedad de Alzheimer

Dada la ausencia de criterios precisos y objetivos para diferenciar el retraso mental de una demencia en etapas tempranas de la vida, la extensión del concepto de demencia a tales edades puede acarrear una pérdida de fiabilidad diagnóstica. Por tanto sería recomendable considerar criterios de diferenciación basados en la edad (p.ej., 18 años como en la CIE-9) y en la revisión cuidadosa de los criterios diagnósticos de ambas condiciones, incluyendo los sustratos neuropatológicos implicados.

F03, Demencia no especificada

La codificación de la demencia no especificada en una categoría propia de 3 dígitos F03 no está en consonancia con los principios de estructura taxonómica empleados en el resto de la CIE-10, y ocupa una categoría de 3 dígitos que podría liberarse para inclusiones futuras. Por esto, se sugiere codificar la demencia no especificada en F02.9 y dejar libre la categoría F03.



F06, Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física

Se ha cometido un error importante en la arquitectura nosológica, al asignar a esta categoría el código F06. Lo correcto sería asignarle el código F08 y dejar libre la categoría F06 para futuras inclusiones.

F10-F19, TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

En los síndromes del cuarto carácter se sugiere la inclusión de la categoría de conducta antisocial inducida por sustancias, justificada por el impacto social y económico que tiene la violencia y perturbación que origina en la familia. Se sugiere la inclusión del síndrome de pasta básica de cocaína como variante de los problemas relacionados con el uso de la cocaína. Se sugiere considerar la inclusión de los síndromes de abstinencia en cada sustancia que justifique una diferenciación como tal.

F10, Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol

Con respecto al consumo del alcohol se sugiere la inclusión de una tipificación en un continuum establecido de la siguiente manera:

1. Abstinentes de por vida (por estilo de vida o luego de un tratamiento).
2. El bebedor social verdadero (destacando junto a los criterios cuantitativos, otros como que el alcohol no impregne el estilo de vida, que el consumo sea siempre con la cautela de evitar la embriaguez, que sea preferentemente con las comidas o solo en ocasiones especiales y sin afectar la economía ni sus responsabilidades familiares, laborales, estudiantiles o comunitarias).
3. Consumo riesgoso (incluye subcategorías como consumo irresponsable, consumo inoportuno, consumo en bingo o juegos de azar, consumo para embriagarse, consumo para olvidar, consumo contra criterio médico, consumo sin control).
4. Consumo perjudicial.
5. Dependencia alcohólica.

F2, Esquizofrenia: Codificación y Descripción de los Modos de Evolución de la Esquizofrenia

Se propone incluir la siguiente modificación de quinto carácter para indicar las formas de evolución de la esquizofrenia, independientemente de su tipo. Esta modificación cubre todas las formas evolutivas posibles, sin solapamiento ni ambigüedades; permite, además, incluir formas de esquizofrenia en fase prodrómica. La importancia de esto es que en ocasiones el paciente empieza a experimentar indicios de una recaída próxima, lo que permite iniciar el tratamiento antes de que se dé el brote psicótico definitivo. Las frases calificativas de 5º carácter quedarían así:

Formas de evolución.

- F20.x0 continua en brote psicótico (con predominio de síntomas positivos).
- F20.x1 continua en remisión con defecto.



- F20.x2 continua en remisión sin defecto.
- F20.x3 episódica en brote psicótico.
- F20.x4 episódica en remisión con defecto.
- F20.x5 episódica en remisión sin defecto.
- F20.x7 episódica en fase prodrómica.
- F20.x8 otras formas evolutivas (incluye esquizofrenia continua o episódica, sin alusión a la presencia de defecto).
- F20.x9 forma evolutiva no especificada (se incluirán aquí aquellos pacientes con período de observación menor de 1 año).

Se sugiere cambiar el término de delirio y delirantes por el de delusivo y delusional (Delgado, 1969). Otros términos que se sugiere sean sustituidos: trastornos básicos de la esquizofrenia, por el de enajenación del pensamiento. Además su propone la inclusión de los síntomas cognoscitivos en la descripción del síndrome.

Asimismo, se propone la revisión del término “esquizofrenia” debido a que para la población general se ha convertido en sinónimo de locura de carácter irreversible y coloquialmente se utiliza como adjetivo para describir situaciones caóticas. Desde esta misma perspectiva se propone modificar el término “crónico” por el de “evolución prolongada”.

F3, Trastornos del Humor

F30, Episodios maníacos

Para la Comisión de los Trastornos del Humor de la GLADP la inclusión de la categoría Episodio maníaco único en un Trastorno bipolar no debería existir, por definición de lo que es un Trastorno bipolar. Su inclusión es ilógica. Creemos que para mayor precisión nosológica de la categoría debería denominarse Episodio maníaco único, en caso de que estudios empíricos aconsejen la codificación de este trastorno como una condición independiente del trastorno bipolar.

F30.0, Hipomanía

La llamada hipomanía no es más que un nivel leve que asume la manía en un sujeto particular. Se puede presentar al inicio o al final de una Manía sin síntomas psicóticos, como un episodio único o en el Trastorno bipolar. El hecho de que no interfiera con la actividad social o laboral es parte de su “levedad”, que está influida por la personalidad del sujeto, la actitud del medio y el tipo de trabajo. La comisión ha propuesto que se debe establecer los criterios leve, moderado y grave de la manía, al igual que existe para los Episodios depresivos.

El criterio de levedad de la manía sin síntomas psicóticos viene dado por la ausencia de síntomas psicóticos, la disminución de la intensidad de los síntomas y la ausencia de una interferencia de las funciones laborales, independientemente de la duración.

Esta categoría diagnóstica debe usarse siempre que el paciente presente un cuadro hipomaníaco.



F30.1, Manía sin síntomas psicóticos

Para algunos psiquiatras latinoamericanos resulta confusa la división de los episodios maníacos en “psicóticos” y “no psicóticos”. La propuesta es que los episodios de exaltación afectiva que alcancen un nivel psicótico deben clasificarse como manías y aquellos que no alcancen un nivel psicótico, que no interfieran de manera significativa con el funcionamiento social, laboral o familiar del individuo, o que no requieran de hospitalización, como hipomanías.

F31, Trastorno afectivo bipolar

Para los psiquiatras latinoamericanos resulta confuso excluir del trastorno afectivo bipolar, un episodio maníaco único que forme parte de un trastorno bipolar, como lo propone el glosario oficial de la OMS (Pág. 318). Esto es conceptualmente una contradicción inaceptable. Por otro lado, a menos que exista evidencia empírica clara que contradiga el juicio dictado por la experiencia clínica, todo episodio maníaco debe clasificarse como trastorno bipolar por las implicaciones que desde el punto de vista pronóstico y terapéutico presenta este trastorno. Se sugiere la inclusión del trastorno bipolar basada en la clasificación de Akiskal que va del 0 al IV (Akiskal & Pinto, 1999).

F31.1, Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente sin síntomas psicóticos

Este trastorno sólo se sostiene por la conceptualización de los autores de las pautas de investigación del término “psicótico”. Es evidente que ellos consideran psicótico únicamente a la presencia de ideas delirantes, alucinaciones, gran excitación e hiperactividad, y a aislamiento social grave (no debido a depresión o ansiedad) y marcada inhibición psicomotriz y catatonia. Para la GLADP-VR, la presencia de un diagnóstico de manía debiera implicar un cuadro psicótico, y uno no psicótico debiera considerarse hipomaníaco, a menos que se decida en revisiones posteriores eliminar el concepto de hipomanía y sustituirlo por el de manía leve.

F31.8, Otros trastornos afectivos bipolares

Por las implicaciones clínicas que este concepto representa, creemos que debiera anotarse en la Guía Diagnóstica (ver Parte II) para que esto se considere como parte de la certeza diagnóstica de una manera general.

El trastorno bipolar II, como término de inclusión, aparece en la versión para uso clínico de la CIE-10. También el DSM-IV, en su apéndice de clasificación cruzada con la CIE-10, lo coloca en dicha categoría. No obstante, esto resulta incongruente pues dicho trastorno (bipolar II) satisface los requerimientos de subcategorías específicas de F31 (ver próximo párrafo) y no tiene por qué rubricarse como Otro Trastorno Bipolar. Por lo tanto, se recomienda que el trastorno bipolar II (DSM-IV) se clasifique dentro de los trastornos bipolares (CIE-10) en F31.0, si el episodio actual es hipomaníaco o en F31.3, F31.4 o F31.5 (según corresponda) si es de carácter depresivo; asimismo, que la subcategoría F31.8 se use para ubicar a aquellos pacientes que sólo presenten cuadros de manía y/o hipomanía u otra variante de bipolaridad no incluíble en los acápite anteriores de F31.



F34.0, Ciclotimia

Este rubro resulta ambiguo y totalmente imposible de diferenciar de los trastornos bipolares, pues es admitido el diagnóstico de un trastorno bipolar de carácter leve y los requerimientos diagnósticos son en esencia los mismos, al no existir un umbral de intensidad por debajo del cual no sean válidos los síntomas que definen el episodio depresivo.

Solo se exige que estos sean suficientemente intensos como para ser causa de importante distrés o interferir en el funcionamiento del paciente.

Iguales consideraciones caben respecto a los síntomas hipomaníacos. Debe establecerse criterios más precisos en ambas categorías.

F50-F59 TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y A FACTORES SOMÁTICOS

F50 Trastornos de la conducta alimentaria

Se propone que las siguientes clasificaciones consideren realizar la diferenciación entre la anorexia restrictiva y purgativa, la inclusión de la bulimia multiimpulsiva, el trastorno por atracones, el complejo de Adonis o vigoerexia y a la obesidad.

Eje Adicional Para el Modelo de Formulación Diagnóstica Latinoamericano: Otras Característica Personales y Factores Ambientales

En los manuales de diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales, la formulación diagnóstica se basa fundamentalmente en la observación de los síntomas; se toma en cuenta, además, la presencia de estresores psicosociales, se describe el impacto de la enfermedad sobre el funcionamiento del individuo y se añade un eje que incluye los rasgos no adaptativos de la personalidad. Eso es útil, pero no suficiente para capturar los elementos más importantes de la condición clínica del paciente con propósitos de tratamiento, prevención y promoción de la salud. Importantes nosólogos latinoamericanos han propuesto agregar un eje que destaque ciertas manifestaciones tales como hábitos, "hobbies", aficiones y características de la personalidad que sean compatibles con la normalidad, y también circunstancias ambientales que, sin caer dentro de la categoría de estresores, son situaciones que podrían ser calificadas por el observador como molestias o peculiaridades en el modo de vivir. La idea central es ampliar el contexto, incluyendo en este eje aquellos rasgos del paciente que pudieran tener significación, además de los síntomas, en el proceso de revelar la estructura psíquica personal de la que se deriva la enfermedad.

F60-F69 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS

F60.2 Trastorno antisocial-psicopático de la personalidad

En los criterios de investigación en la sección B se sugiere la inclusión de un séptimo criterio: Conductas sancionadas por la ley.

La Personalidad Depresiva

La Comisión de Trastornos de la Personalidad propuso la incorporación a la



sección respectiva del trastorno de la personalidad depresiva. El Comité de Dirección de la GLADP prefirió, en tanto se colecta más información empírica que permita consolidar sus criterios diagnósticos, mantener esta propuesta en esta sección. Se propone, para su estudio, esta condición diagnóstica con las siguientes descripciones:

F60. 87 Trastorno de la personalidad depresiva

Las personas que presentan este trastorno se caracterizan por alteraciones cognitivas de tipo depresivo como constelación de rasgos persistentes del modo particular de concebir y reaccionar ante la realidad y que incluyen baja autoestima, auto-desvalorización, pesimismo y sumisión, los cuales se inician en la juventud.

Criterios Diagnósticos:

1. Sentimientos permanentes de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad.
2. Serios, incapaces de divertirse o relajarse y sin sentido del humor.
3. Creen que no merecen ser felices o divertirse.
4. Tienden a cavilar y preocuparse, inmersos permanentemente en su infelicidad y en sus pensamientos negativos.
5. Perciben el futuro tan negativamente como ven el propio presente, dudan que las cosas puedan mejorar algún día, anticipan lo peor, presumen de realistas.
6. Demuestran dureza al juzgarse a sí mismos y tienden a sentirse excesivamente culpables por sus defectos y sus fracasos.
7. Su autoestima es baja y se traduce especialmente en sentimientos de impotencia.

F62.1 Cambio perdurable de la personalidad consecutivo a una enfermedad psiquiátrica

Se propone la ampliación de la categoría diagnóstica e incluir en los criterios la enfermedad física crónica con el nuevo nombre de: **Cambio perdurable de la personalidad consecutivo a una enfermedad psiquiátrica o somática crónica.**

F80-F89 TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

Se propone la existencia de inconsistencia taxonómica al incluir F80.0 dislalia en F80, en tanto que la exceden los criterios de F80. Se propone la inclusión de nuevas categorías diagnósticas como el trastorno del desarrollo por disfuncionalidad familiar extrema, los trastornos derivados de la utilización abusiva o adictiva de las nuevas tecnologías de la comunicación y los síndromes resultantes de la violencia o el maltrato hacia el (la) niño (a) (Castro, 2001, 2010).

F90-F98 TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE APARECEN HABITUALMENTE EN LA NIÑEZ Y EN LA ADOLESCENCIA

Se sugiere la inclusión de criterios operacionales específicos para Trastornos hiperkinéticos del adulto. Se cuestiona el que se considere TDA disocial. Se plantea que en el caso de TDA con problemas de conducta se diagnostique aparte el Trastorno de la conducta.



Con relación a la F93.81 Inadaptación neurótica en la niñez, se discute la pertinencia del cambio de nombre proponiéndose el de Trastorno evolutivo indiferenciado o el de Inadaptación emocional en la niñez, dada la variabilidad de los diagnósticos en el tiempo (Castro, 2009d).

Síndrome de Ansiedad por Disrupción

Varios psiquiatras latinoamericanos han propuesto la incorporación a la nosología psiquiátrica de esta condición, la cual parece surgir como consecuencia de la distorsión del entorno social y que conduce a disfunción y sufrimiento psíquicos que se expresan por una sintomatología definible. La amenaza del entorno se caracteriza por ser difusa, de larga duración, dependiente de estructuras suprapersonales difícilmente objetivables (mercado, terrorismo, política, etc.). Por ende, no puede ser abordada por la persona en forma individual. La amenaza es constante y sostenida en el tiempo, con episodios de acentuación periódica. No puede ser asumida como ajena o externa y pasa a ser parte integral de la cotidianeidad. En esto tiene una gran influencia la globalización y los medios modernos de difusión mediática.

El cuadro clínico refleja la expresión del miedo sin que este sea reconocido como tal, y se manifiesta mediante astenia mental y psíquica, fatigabilidad fácil, impotencia vital, inquietud e impaciencia, abulia, falta de motivación, de capacidad para proyectarse en el futuro, sentimientos de desesperanza, disturbios en el sueño (Ejs., insomnio e hipersonmia), rumiación constante con temática de incertidumbre, tendencia a sobrereactuar el temor; en la incapacidad de concentración o toma de decisiones, de mantener la mente en blanco, anhedonia, tendencia a la somatización, trastornos alimentarios leves, irritabilidad, tensión muscular, y baja autoestima, como elementos más frecuentes. También es característico de este cuadro — a diferencia de los otros trastornos de ansiedad que se procura disimular — la necesidad por parte de la persona afectada de expresar sus sentimientos y temores a otros. Es decir, presenta elementos clínicos específicos, como así también comunes al trastorno de ansiedad generalizada, a los trastornos secundarios a eventos traumáticos, a los trastornos de adaptación y a la depresión.

CAPÍTULO XXI: CÓDIGOS Z

Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)

En la CIE 10, las categorías Z00-Z99 se proveen para aquellos casos en que ciertas circunstancias -que no son enfermedades, lesiones ni causas externas clasificables en las categorías A00-Y89- se registran como “diagnósticos” o “problemas”. Esto puede surgir principalmente de dos maneras: a) cuando una persona que puede o no estar enferma en ese momento, entra en contacto con los servicios de salud para algún propósito específico, tal como recibir una atención o servicios limitados por una condición presente, donar un órgano o tejido, recibir una vacuna o discutir un problema que no es por sí mismo una enfermedad o lesión; y b) cuando existe alguna circunstancia o problema que influye en el estado de salud de una persona, pero no es en sí misma una enfermedad o lesión actual. Estos factores pueden descubrirse mediante encuestas a la población, cuando la persona puede o no estar enferma, o registrarse como un factor adicional a ser tomado en cuenta cuando la persona reciba atención por alguna enfermedad o lesión.



La experiencia en Latinoamérica considera importante el diagnóstico de la familia y tener un modelo diagnóstico centrado en la persona con un enfoque a la familia. El diagnóstico en terapia familiar ha sido una preocupación de los especialistas desde hace muchos años. Puede remontarse a Ackerman y Behrens (1956), quienes consideraron los aspectos psicosociales de las familias; también a Voiland y Buell (1961), quienes se centraron en la psicopatología de los padres; a Goldstein, Judd, Rodnick, Alkire & Gould (1968), quienes intentaron clasificar a las familias de acuerdo con los problemas de los adolescentes; a Wertheim (1973), quien usó las tres dimensiones de “Morfogénesis” inducida (crecimiento y cambio), “Morfofostasis” consensual (estabilidad y solidaridad) y “Morfofostasis” forzada; a Richter (1974), quien trabajó los conceptos de “síntoma de neurosis familiar” y “carácter neurótico familiar”; y a otros como Fisher (1977), quien hizo una extensa revisión de varios sistemas de clasificación, y al mismo Tseng & Mc Dermott (1979), quienes trabajaron la clasificación triaxial.

En los años 80 diversos investigadores se abocaron a construir instrumentos que, desde la perspectiva sistémica, hicieran posible la evaluación y diagnóstico de las familias, observándolas sea en condiciones experimentales o en situaciones corrientes de la vida, siendo las de corte estructuralista las que se adecúan mejor a desarrollar un modelo de evaluar la funcionalidad-disfuncionalidad familiar con proyección a usarla como diagnóstico familiar. (Hervis, Szapocznik, Behar, Rio, & Kurtines, 1991; Olson, 1991; Olson, Russell, & Sprenkle, 1983). Basándose en estas se propone que los códigos Z incluyan otros aspectos relacionados con la familia que sean útiles para un enfoque terapéutico de la familia (L. Rodríguez, comunicación personal, 2011):

En el código Z60.0 Problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital se sugiere ampliar las siguientes definiciones o categorías a la familia:

- **Familia con disfunción en su evolución del Ciclo Vital**

- Disfunción en los roles parento-filial
- Disfunción en los roles fraternos
- Disfunción en los roles conyugales
- Disfunción en la familia extensa

En el código Z63 Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, incluidos los dependientes de circunstancias familiares:

- **Familia con disfunción en su estructura**

- Familia con disfunción en el liderazgo
- Familia disfuncional en la construcción de alianzas y coaliciones
- Familias disfuncional en la construcción de límites
- Familia con disfunción en la comunicación

- **Familia con disfunción en la cohesión**

- Familias aglutinadas
- Familias desconectadas

- **Familias con disfunción en su adaptabilidad**

- **Familia con disfunción en centrarse en un problema**



La elaboración de la primera edición de la GLADP involucró la participación de un grupo de aproximadamente 80 psiquiatras de prácticamente todos los países de América Latina, Estados Unidos y España. Los grupos de participantes se organizaron en los siguientes comités:

I. Comité Ejecutivo:

- a. Carlos E. Berganza (Guatemala, Presidente)
- b. Juan E. Mezzich (Perú, Estados Unidos)
- c. Miguel Roberto Jorge (Brasil)
- d. Ángel Otero (Cuba)

II. Consejo de Coordinadores de Comisiones de Trabajo

- a. Carlos Rojas-Malpica (Venezuela): Cultura latinoamericana
- b. Renato Alarcón (Perú/USA): Psiquiatría latinoamericana
- c. Juan E. Mezzich (Perú/USA): Diagnóstico integral
- d. Miguel Roberto Jorge (Brasil): Clases mayores: Introducción
- e. Ángel Otero (Cuba): F0, Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos
- f. Sergio de Paula Ramos (Brasil): F1, Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas
- g. Ronaldo Ucha-Udabe (Argentina): F2, Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes
- h. Nelson Moreno-Ceballos (República Dominicana): F3, Trastornos del humor (afectivos)
- i. Otto Dörr-Zeguers (Chile): F4, Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
- j. Rubén Hernández-Serrano (Venezuela): F5, Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
- k. Néstor Koldobsky (Argentina): F6, Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
- l. Vivian Ravelo (Cuba): F7, Retraso mental
- m. Edgard Belfort (Venezuela): F8, Trastornos del desarrollo psicológico
- n. Enrique Macher (Perú): F9, Trastornos de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia
- o. Javier Villaseñor-Bayardo (México): Síndromes culturales
- p. Fernando Lolas (Chile/PAHO): Glosario de términos

III. Consejo Consultivo

- a. Carlos Acosta-Nodal (Cuba)
- b. Eduardo B. Ordaz (Cuba)



- c. Javier Mariátegui (Perú)
- d. Guillermo Vidal (Argentina)
- e. Ramón de la Fuente (México)
- f. Rodrigo Muñoz (Colombia/USA)
- g. Luiz Salvador Miranda Sá (Brasil)

IV. Comité de Enlace con la Organización Mundial de la Salud

- a. José Bertolote (Brasil)
- b. Claudio Miranda (Brasil)

V. Comisiones de Trabajo

a) Cultura Latinoamericana

1. Carlos Roja Malpica (Venezuela) **Coordinador**
2. Roberto Fernández Retamar (Cuba)
3. Sergio Villaseñor (México)
4. José Manoel Bertolote (Brasil, WHO)
5. Carlos Acosta Rabassa (Cuba)
6. Javier Mariátegui (Perú)
7. Horacio Taborda (Colombia)
8. Antonio Ruiz Taviel (México)
9. Alejandro Moreno Olmedo (Venezuela)
10. Mario Gabriel Holweg (Venezuela)
11. Enrique Bernabé Pino (Argentina)

b) Psiquiatría Latinoamericana

1. Renato Alarcón (USA, Perú) **Coordinador**
2. Carlos Acosta Nodal (Cuba)
3. Nelson Moreno (República Dominicana)
4. Javier Mariátegui (Perú)
5. Eduardo Ordaz (Cuba)
6. Héctor Pérez Rincón (México)

c) Diagnóstico Integral

1. Juan E. Mezzich (Perú/USA) **Coordinador**
2. Ángel Otero (Cuba)
3. Ellis Busnello (Brasil)
4. Carlos E. Berganza (Guatemala)
5. Carlos Acosta Nodal (Cuba)
6. Miguel Roberto Jorge (Brasil)
7. José Manoel Bertolote (Brasil, WHO)
8. Luiz Salvador Miranda Sá (Brasil)



9. Nelson Moreno Ceballos (República Dominicana)
10. Carlos Rojas Malpica (Venezuela)
11. Jorge Manzanal Zaldívar (Cuba)
12. Carmen Leal (España)
13. María Crespo (España)

d) Clases Mayores: Introducción

1. Miguel Roberto Jorge (Brasil) **Coordinador**
2. Ángel Otero (Cuba) Latinoamericana
3. Carlos E. Berganza (Guatemala)
4. Carlos León (Colombia)

e) F0: Trastornos Mentales Orgánicos, Incluidos los Sintomáticos

1. Ángel Otero (Cuba) **Coordinador**
2. Moisés Gaviria (Perú-USA)
3. Carlos Nolasco (Honduras)
4. Uberto Mejía-Peña (El Salvador)
5. Paulo Mattos (Brasil)
6. Humberto Martínez (Cuba)
7. Alicia Irazábal (Nicaragua)

f) F1: Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Consumo de Sustancias Psicótropas

1. Sergio de Paula Ramos (Brasil) Coordinador
2. Florence Kerr Correa (Brasil)
3. Ricardo González (Cuba)
4. Ihsam Salloum (USA)
5. Pedro Ruiz (Cuba/USA)
6. Enrique Madrigal (Costa Rica/USA)
7. Kenneth Vitetoe (Honduras)
8. Enrique Olivares (USA)
9. Helio Lauar (Brasil)
10. Ronaldo Larenjeiras (Brasil)

g) F2: Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastornos de Ideas Delirantes

1. Ronaldo Ucha-Udabe (Argentina) **Coordinador**
2. Luis Calzadilla Fierro (Cuba)
3. Alberto Monchablon (Argentina)
4. Ismael Salazar (Guatemala)
5. Marvin Karno (USA)
6. Carlos León (Colombia)



7. Graciela Lucatelli (Argentina)
8. Jean Garrabé (Francia)
9. Alberto Bertoldi (Argentina)
10. Carlos Acosta Nodal (Cuba)
11. Tito Antonio Rosán (Argentina)
12. Humberto L. Casarotti (Uruguay)

h) F3: Trastornos del Humor (Afectivos)

1. Nelson Moreno (República Dominicana) (**Coordinador**)
2. Antonio Pacheco Hernández (Venezuela)
3. Marcelo Fleck (Brasil)
4. Alina Echazábal (Cuba)
5. Manuel Suárez Richard (México)
6. Miguel Balderrama (México)
7. Jackeline Vaca Franske (México)
8. Salvador Cervera (España)
9. Tito Antonio Rosán (Argentina)
10. Jorge Caraveo Anduaga (México)
11. Alicia Irazábal (Nicaragua)

i) F4: Trastornos Neuróticos, Secundarios a Situaciones Estresantes y Somatomorfos

1. Otto Dörr-Zegers (Chile) **Coordinador**
2. Humberto Suárez Ramos (Cuba)
3. Marco Antonio Brasil (Brasil)
4. Sergio Villaseñor (México)
5. Juan Maass Vivanco (Chile)
6. Alfredo H. Cía (Argentina)
7. Rogerio Aguiar (Brasil)
8. Guido Mazzotti (Perú)

j) F5: Trastornos del Comportamiento Asociados a Disfunciones Fisiológicas y a Factores Somáticos

1. Rubén Hernández (Venezuela) **Coordinador**
2. Daniel Herrera (Honduras)
3. Rodolfo Fahrer (Argentina)
4. Salvador Mata Essayag (Venezuela)
5. José Dorazco (México)
6. Marta Borel (Argentina)
7. Taki Athanasios Cordas (Brasil)
8. Mireya Márquez (México)
9. Otto Dörr-Zeguers (Chile)



10. Juan E. Mezzich (USA-Perú)
11. Carlos E. Berganza (Guatemala)
12. Rafael García-Álvarez (Rep. Dom.)
13. Yodalia Leyva-Marín (Cuba)
14. Eusebio Rubio (México)
15. Fernando Bianco (Venezuela)
16. Laura Caláis (Argentina)
17. Celestino Vasallo (Cuba)

k) F6: Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento del Adulto

1. Néstor Koldobsky (Argentina) **Coordinador**
2. Mario Mendoza (Honduras)
3. Renato Alarcón (Perú/USA)
4. Hilda Morana (Brasil)
5. José Alberto del Porto (Brasil)
6. Alejandro Uribe (República Dominicana)
7. César Sánchez Bello (Venezuela)
8. Danilo Rolando (Uruguay)
9. José Riva Recaño (Cuba)
10. Adelma Pereyra (Argentina)
11. Julio Hacha (Perú)

l) F7: Retraso Mental

1. Vivian Ravelo (Cuba) **Coordinadora**
2. Glorisa Canino (Puerto Rico)
3. Ian Canino (USA)
4. William Arroyo (USA)
5. Francisco Assumpcao (Brasil)
6. Luis Salvador-Carulla (España)
7. Moisés Tavera (República Dominicana)
8. Kenneth Vittetoe (Honduras)
9. Edgard Belfort (Venezuela)

m) F8: Trastornos del Desarrollo Psicológico

1. Edgard Belfort (Venezuela) **Coordinador**
2. Ingrid Gaitán (Guatemala)
3. Guillermo Ruano (Honduras)
4. Roberto Chaskel (Colombia)
5. Isabel Bordin (Brasil)
6. Enrique Madrigal Barrios (México)
7. Kenneth Vittetoe (Honduras)



8. Enrique Macher (Perú)
9. Vivian Ravelo (Cuba)
10. Salvador Cervera Enguix (España)
11. Edgard Castillo (Fresno, California, USA)

n) F9: Trastornos de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia

1. Enrique Macher (Perú) **Coordinador**
2. Vivian Ravelo (Cuba)
3. Carlos Berganza (Guatemala)
4. Edgard Belfort (Venezuela)
5. Genario Barbosa (Brasil)
6. Gerardo Nogueira Rivero (Cuba)
7. Flora de la Barra (Chile)
8. Jorge Caraveo Anduaga (México)
9. Patricia Romano Vásquez (México)

o) Síndromes Culturales

1. Javier Villaseñor (México) **Coordinador**
2. Américo Reyes Ticas (Honduras)
3. José Britez Cantero (Paraguay)
4. Roberto Lewis-Fernández (Puerto Rico)
5. Joan Koss-Chioino (USA)
6. Paulo Dalgarrondo (Brasil)
7. Ada Castro (Cuba)
8. Roberto Llanos (Perú)
9. César Mella Mejías (República Dominicana)
10. José Alba (Perú)
11. Dagoberto Tejada (República Dominicana)
12. Alma García Alcaraz (México)
13. Noelle Thomas (Guatemala, Davis, California, USA)

p) Glosario de Términos

1. Fernando Lolas (Chile) **Coordinador**
2. Renato Alarcón (Perú/USA)
3. Ángel Otero (Cuba)
4. José Bertolote (Brasil/WHO)
5. Roberto Fernández Retamar (Cuba)
6. Ernesto Martín Jacod (Chile)
7. Alina Echazábal (Cuba)
8. Othon Bastos (Brasil)
9. Carlos Arteaga Pallarés



Participantes Tapatíos en las Discusiones de la GLADP en Guadalajara:

1. Dra. Olga A. Robles Hernández
2. Dr. Moisés Ortiz Madera
3. Dr. Víctor Hernández Gómez
4. Dr. Mariano de Jesús Calderón Torres
5. Dr. Eduardo Valle Ochoa
6. Dr. Vicente X. Molina Ojeda
7. Dr. Luz María Coronado
8. Dr. Celia González Ibarra
9. Dr. J. Rodolfo Sánchez Chávez
10. Lic. Gloria Alicia García
11. Dr. Fernando Arreola
12. Dra. Georgina de la Luz Ramírez C.
13. Dr. Enrique Camarena Robles
14. Dr. Miguel Álvaro Hidalgo Castillo
15. Dr. Marco A. Sánchez Rentería
16. Dr. Álvaro Romero
17. Dra. Teresita J. Villaseñor Cabrera
18. Dr. Jaime Orozco Ibarra
19. Dra. Blanca M. Ramírez López
20. Dr. Mariano de J. Calderón Torres
21. Dra. Lilia América Del S. Gutiérrez Toledo
22. Dr. Roberto Zepeda Sánchez
23. Dr. Juan Amílcar Valdés Jiménez
24. Dra. María de Lourdes Salazar Zepeda

Participantes Cubanos en la Elaboración de las Propuestas Cubanas a la GLADP:

1. Ana María Fachado Carvajal
2. Iluminada del Rosario Cedeño Zayas
3. Lilian de la Parte Pérez
4. Miriam de la Osa O'relli
5. Marilyn Hernández Chiblé
6. Reina C. Rodríguez Mesa
7. Alberto Cutie Bressler
8. Josefina Bestard Ricoy
9. Pedro Ibrahim Gonzales Villarubia
10. Marilis López Lavigne
11. Carlos R. Ibarra Bulte
12. Jose Antonio Sánchez Rodríguez
13. Luis A. Dechard Padrón



14. Hugo R. Cervantes Tablada
15. Ibrahim González Bello
16. Lidia A Figueredo Arce
17. Tomás Rodríguez López
18. Roberto González Pérez
19. Alberto Sánchez Pérez
20. Daysi M. Bory Savigne
21. Juan Emilio Sandoval Ferrer
22. Juan Tomiste Miliam
23. Juan Bordato Montalvo
24. Miguel Angel Valdés Mier
25. Sara Gilda Argudín Depestre
26. Ernesto Rebozo Piñó
27. Eloina Castillo Meléndez
28. Irene Moracen Disotuar
29. Aime Sanabria Perdomé
30. Ana Sarracent Sarracent
31. Senén Rufino Peña Pérez
32. María Elena Domínguez Borrego
33. Grisel Arrargos González
34. Ariel Faure Vidal
35. Idilio González Martínez
36. Gervasio Sánchez Moise
37. Emilio A. Lastra Arrieta
38. Juana Leonor Ayala
39. Flora Ma. Vasconcelos Hernández
40. Vivían Ravelo Pérez
41. Arsenio Rosales Morales
42. Ismael Santos Cabrera
43. Patricia Piñeda Tapia
44. Ricardo González Menéndez
45. Silvia Ma. Gricalla Maiza
46. Antonio Caballero Moreno
47. Rodolfo Pedro Crespo Hernández
48. Irene Cabrera Alfonso
49. Sergio Pérez Borrero
50. Maria Victoria Fernández Nin
51. Carmen Guadalupe Fernández Rivero
52. Guillermo Barreto Ramir



53. Octavio Garciga Ortega
54. Isidoro Balí Maya
55. Claudio A. Palacio Mesa
56. Bárbara Quintero Pérez
57. Gilberto Tostel Rodríguez
58. Luis Calzadilla Fierro
59. Joye Buitrago Pérez
60. Ivon Ernano Thaves
61. Carlos Alfonso Bequier
62. María Rosa Hernández Pattersson
63. Pilar Ballester Oliviera
64. Carmen G. Duper Morando
65. María Esther Castro Macias
66. Isabel Cuadrillo Ores
67. Maritza Mesa Benítez
68. Leticia Figueredo Sosa
69. María Eugenia Lavigne
70. Teresita Delgado Expósito
71. Gilda Sánchez González
72. Georgina Sánchez Villa

Otros Participantes en Actividades de Apoyo:

1. Lorena Presa Batlle, Guatemala
2. Claudia Gándara, Guatemala
3. Lourdes Corado, Guatemala
4. Cristina Chávez Alvarado, Guatemala



BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman, N. W., Behrens, M. L. (1956). A study of family diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 26, 66-78.
- Acosta Nodal, C. (Ed.) (1975). *Glosario Cubano de la clasificación internacional de enfermedades psiquiátricas*, 1ª ed. La Habana Cuba: Hospital Psiquiátrico de la Habana.
- Acosta Nodal, C., Mignagaray, R., Nogueira, G., Duarte, F. D., Magriñat, J. M. (1986). *Glosario Cubano de la clasificación internacional de enfermedades psiquiátricas (GC-2)* 2ª ed. Editorial Científico Técnica. La Habana.
- Adams, R. N. & Rubel, A. J. (1967). Sicknes and Social Relations. En M. Nash (Ed.), *Handbook of Middle American Indians* (Vol. 6. Social Anthropology, pp. 333-356). Austin, Texas: University of Texas Press.
- Aguiló, F. (1985). *Enfermedad y salud según la concepción aymaro-quechua*. Sucre: Talleres Gráficos "Qori Llama".
- Aguirre Beltrán, G. (1952). *Problemas de la Población Indígena de la Cuenca del Tepalcatepec*. (Tomo I, Memorias del INI, Vol. III.) México, D. F.: Instituto Nacional Indigenista.
- Akiskal, H. S., & Pinto, O. (1999). The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr Clin North Am.*, 22(3), 517-534.
- Alarcón, R. D. (1990). *Identidad de la Psiquiatría Latinoamericana. Voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria*. México D.F.: Siglo XXI Editores.
- Alarcón, R. D. (2001, Noviembre) *Identidad de la Psiquiatría Latinoamericana: Una revisión crítica*. Conferencia en el XVIII Congreso Mexicano de Psiquiatría. Cancún, Noviembre 2001.
- Alcorta, D. (1827): *Disertación sobre la manía aguda*. Tesis de Diego Alcorta, presentada en la Universidad de Buenos Aires en el año 1827. (Publicado en *Anales de la Biblioteca*. vol. II, págs. 181-192, Buenos Aires, 1902).
- Allegri, R. F., Tarangano, F. E., Krupitzki, H., Serrano, C. M., Dillon, C., Sarasola, D., Feldman, M., Trufó, G., Martelli, M., & Sánchez, V. (2010). Role of cognitive reserve in progression from mild cognitive impairment to dementia. *Dement Neuropsychol*, 4(1), 28-34.
- Alleyne, G. A. (13 jun 1996). *Políticas de salud y salud mental en América Latina y El Caribe*. Presentado en la Reunión de Evaluación de la Iniciativa para la Reestructuración de la atención Psiquiátrica en América Latina (IRAPAL). [OPS Web site]. Recuperado de <http://165.158.1.110/spanish/opsm9602.htm>
- Almeida, M. (1962). Investigación clínica sobre la evolución del alcoholismo. *Revista de Neuropsiquiatría*, 25, 98-123.
- Almeida, M. (1978). Contribución al Estudio de la Historia Natural de la Dependencia a la Pasta Básica de Cocaína. *Revista de Neuropsiquiatría*, 41, 44-45.
- Almenara, C. (2003). Anorexia Nerviosa: una revisión del trastorno. *Revista de Neuropsiquiatría*, 66, 52-62.



- Alonso-Fernández, F. (1989). *Psicología Médica y Social*. Barcelona: Salvat Editores, SA.
- Álvarez Heydenreich, L. (1976). Breve estudio de la plantas medicinales en Hueyapan, Morelos. En: Biseca (Ed.), *Estudios sobre Etnobotánica y Antología Médica*. (Vol. I., pp. 85-111) México, D. F.: Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 2a. ed. Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3a. Ed. Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington, D. C.: Autor.
- Amir, R. E., Van den Veyver, I. B., Schultz, R., Malicki, D. M., Tran, C. Q., Dahle, E. J., Philippi, A., Timar, L., Percy, A. K., Motil, K. J., Lichtarge, O., Smith, E. O., Glaze, D. G., & Zoghbi, H. Y. (2000). Influence of mutation type and X chromosome inactivation on Rett syndrome phenotypes. *Annals of Neurology*, 47, 670-679.
- Andrade, L., Walters, E. E., Gentil, V., & Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 37, 316-325.
- Andreasen, N. C. (2007). DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 108-112.
- Aneja, A. & Grados, M. (2009). Retardo Mental en niños y adolescentes. En J. Castro (Ed.), *Psiquiatría de Niños y Adolescentes* (pp. 325-338). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Anzures, M. del C. (1995). Los shamanes, conductores de las almas. En I. Lagarriga, J. Galinier & M. Perrín (Coordinadores), *Chamanismo en Latinoamérica* (pp. 45-64). México D.F.: Plaza y Valdés Editores.
- Arganis Juárez, E. N. (1984). *La magia en el medio urbano: el caso de los Tuxtlas*. México, D.F.: Tesis profesional en antropología social, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Arguedas, J. M. (1985). *Indios, Mestizos y Señores*. Lima: Editorial Horizonte.
- Arvelo, C. (1839). *Curso de Patología Interna*. Caracas: Imprenta de George Corser.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina, Sección de Diagnóstico y Clasificación. (2004). *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico*. Guadalajara: Asociación Psiquiátrica de América Latina.
- Balam Pereira, G. (1987). *La medicina maya actual*. Mérida, Yuc.: Centro de Investigación y Estudios Avanzados/Instituto Nacional Indigenista.
- Barrientos, G. (2007). Salud Mental en atención primaria en América Latina: Avances y obstáculos en los últimos 15 años. En J. J. Rodríguez (Ed.), *La Reforma de los Servicios de Salud: 15 Años después de la Declaración de Caracas* (pp. 108-120). Washington, D. C.: OPS. Recuperado de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicios%20de%20sald%20mental.pdf>



- Barreto, S. M., Miranda, J. J., Figueroa, J. P., Schmidt, M. I., Munoz, S., Kuri-Morales, P. P., & Silva, J. B. (2012). Epidemiology in Latin America and the Caribbean: current situation and challenges. *International Journal of Epidemiology*, 41, 557-571.
- Bartolomé, M. A. (1991). *Chamanismo y Religión entre Los AVA-KATU-ETE* (Biblioteca Paraguaya de Antropología, Vol. 11, 2da Edición, pp. 115-121). Asunción: Centros de Estudios Antropológicos. Universidad Católica.
- Bastide, R. (1965). *Sociologie des maladies mentales*. Paris: Flammarion.
- Baytelman, B. (1977). *Etnobotánica en el Estado de Morelos: Metodología e introducción al estudio de 50 plantas del estado de Morelos*. México, D. F.: Centro Regional Morelos-Guerrero, Instituto Nacional de Antropología e Historia/ Secretaría de Educación pública.
- Baytelman, B. (1986). *De enfermedades y curanderos: medicina tradicional en Morelos* (Colección Divulgación, Serie Testimonios). México, D. F.: Instituto Nacional de Antropología e Historia / Secretaría de educación Pública.
- Beck, U. (2002). *La sociedad del riesgo global*. Madrid: Siglo XXI.
- Behar, R., de la Barrera, M., & Michelotti, J. (2003). Características clínicas e identidad genérica en subtipos de trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Chile*, 131(7), 748-758.
- Berganza, C.E., Mezzich, J.E., Jorge, M.R. (2002). Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis (GLDP). *Psychopathology*, 35, 185-190.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1986). *La Construcción Social de Realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorortu.
- Bermann, G. (1960). *Nuestra Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Bernal, G. (2010a). Estudio epidemiológico y Síndromes folklóricos en cinco ciudades de la selva peruana. *Anales de Salud Mental*, 26(1), 49-57.
- Bernal, G. (2010b). Síndromes folklóricos en cuatro ciudades de la sierra del Perú. *Anales de Salud Mental*, 26(1), 39-48.
- Bertera, H., Fraise, M., & Saba, G. (1995). Subtipos clínicos en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Comunicaciones (AAP)*, 2(3), 31-44.
- Bhatia, M., & Malik, S. (1991). Dhat syndrome: A useful diagnostic entity in Indian culture. *British Journal of Psychiatry*, 159, 691-695.
- Bilikiewicz, T. (1995). Proba układu nozograficznego etioepigenetycznego w psychiatrii. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 1, 68-78.
- Bishop, C. (1975). Northern Algonkian cannibalism and windigo psychosis. En T.R. Williams, (Ed.), *Psychological Anthropology* (pp. 237-248). The Hague: Mouton.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- Brítez Cantero, J. (1998). *Paje. Síndrome Cultural del Paraguay*. Asunción: Editorial de la Facultad de Ciencias Médicas (EFACIM) y Editorial de la Universidad Nacional de Asunción (EDUNA).



- Brítez Cantero, J. (2008). *Súbito episodio de trance colectivo, en el contexto de un retiro espiritual de jóvenes en Alberdi, Paraguay*. Monografía presentada en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (Manuscrito no publicado). Asunción, Paraguay.
- Cabieses, F. (1993). Nubes, lluvia y viento. En *Apuntes de Medicina Tradicional. La racionalización de lo irracional*. Lima: A & B S.A.
- Calderón, S. (2001). La desnutrición. En J. Castro (Ed.), *Niñas, niños y adolescentes. Exclusión y desarrollo psicosocial* (Vol. 2, pp 629-639). Lima: IFEJANT.
- Cardeña, E., Lewis-Fernández, R., Bear, D., Pakianathan, I. & Spiegel, D. (1996). Dissociative disorders. En T. A. Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, R. Ross, M. B. First, W. Davis, & M. Kline (Eds.) *DSM-IV Sourcebook* (Volume 2, pp. 973-1005). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Carpio, R. (1995). El Continente Americano. En *Geografía de América Latina* (pp. 3-51). Barcelona: Editorial Teide.
- Casas, J. A., Dachs, J. N., & Bambas, A. (2001). Health Disparities in Latin America and the Caribbean: The Role of Social and Economic Determinants. En Pan-American Health Organization, (Ed.), *Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau*. Washington D.C.: PAHO. Recuperado el 22 de agosto de 2012 en <http://whqlibdoc.who.int/HQ/2001/9275122881.pdf#page=21>.
- Castaño, G. A. (2000). Cocaínas Fumables en Latinoamérica. *Adicciones, 12 (4)*, 541-550. Recuperado en <http://www.adicciones.es/files/castano.pdf>
- Castel, R. (2004). *La Inseguridad Social*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Manantial.
- Castro, J. (2001). El niño escolarizado. En J. Castro (Ed.), *Niñas, niños y adolescentes. Exclusión y desarrollo psicosocial* (Tomo I, pp. 87-116). Lima: IFEJANT.
- Castro, J. (2009a). Clasificación de los trastornos psíquicos en niños y adolescentes. En J. Castro (Ed.), *Psiquiatría de Niños y Adolescentes* (pp. 132-143). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Castro, J. (2009b). El abordaje ecosistémico de los trastornos psíquicos de niños y adolescentes. En J. Castro (Ed.), *Psiquiatría de Niños y Adolescentes* (pp. 110-117). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Castro, J. (2009c). Psicopatología de la exclusión. En J. Castro (Ed.), *Psiquiatría de Niños y Adolescentes* (pp. 460-469). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Castro, J. (2009d). Trastornos del habla y lenguaje. En: J. Castro, (Ed.), *Psiquiatría de Niños y Adolescentes* (pp. 181-198). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Castro, J. (2010). Influencia de las nuevas tecnologías de la comunicación en el desarrollo de los niños y adolescentes. *Revista Peruana de Psiquiatría, 1(2)*, 77-85.
- Chaumeil, J. V. (1995). Del proyectil al virus. En I. Lagarriga, J. Galinier & M. Perrín (Coordinadores), *Chamanismo en Latinoamérica* (pp. 21-43). México: Plaza y Valdés Editores.
- Chen, Y.-F. (2002). Chinese Classification of Mental Disorders (CCMD-3): Towards integration in international classification. *Psychopathology, 35*, 171-175.



- Chinese Medical Association and Nanjin Medical University (1995). *Chinese classification of mental disorders*, 2nd ed revised. Nanjing, China: Dong Nan University Press.
- Cía, A. H. (2000). *Estrategias para superar el pánico y la agorafobia*, 2^{da} edición. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.
- Cía, A. H. (2001). *TAG Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Cifuentes, E. & Mondragón, M. (1988). La dieta y la salud en comunidades étnicas de la sierra de Puebla. En *Memorias del Segundo Coloquio de Medicina Tradicional. Un saber en Recuperación* (pp. 81-85). México, D. F.: ENEP-Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Clarac de Briceño, J. (1981). *Dioses en el exilio* (Colección Rescate N° 2). Caracas: Fundarte.
- Cloninger, R. (2002). Implications of comorbidity for the classifications of mental disorders: The need for a psychobiology of coherence. En M. Maj, W. Gaebel, J.J Lopez-Ibor, N. Sartorius (Eds.), *Psychiatric Diagnosis and Classification*. Chichester: Wiley.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA). (2007). *III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General del Perú 2006*. Lima: Autor.
- Comité de la santé mentale du Québec. (1985). *La Santé Mentale, de la Biologie a la culture*. Québec: Autor.
- Consejo Interamericano de Asociaciones Psiquiátricas. (1968). *La Salud Mental en las Américas*. Informe de la Primera Conferencia de Trabajo sobre la Salud Mental en las Américas. Director: Brody EB. San Antonio Texas.
- Cooper, J. E., Kendell, R. E., Gurland, B. J., Sharpe L., Copeland, J. R. M., & Simon, R. (1972). *Psychiatric diagnosis in New York and London: A comparative study of mental hospital admissions*. Londres: Oxford University Press.
- Cordás, T. (2004). Transtornos alimentares: clasificacao e diagnóstico. *Rev Psiq Clin.*, 31(4), 154-157.
- Córdoba, P. & Toledo, D. (1997). Cocaína y base de Cocaína – “Basuco”. En D. Córdoba (Ed.), *Toxicología* (3ra ed., 1ra reimpresión, pp. 313-320). Medellín: s.n.
- Corin E., Bibeau, G., Matin J-C. & Lapaplante, R. (1990). *Comprendre pour soigner autrement*. Canadá: Les presses de l'Université de Montreal de Montreal.
- Cox, J.L. (2002). Commentary Towards a More Integrated International System of Psychiatric Classification. *Psychopathology*; 35, 195-196.
- Davis, D. L. (1988). Historical and Cross-Cultural Perspectives on Nerves. *Social Science & Medicine*, 26(12), 1197-1259.
- Davis, D. L., Low, S. M. (Eds.). (1989). *Gender, Health and Illness: The Case of Nerves*. New York: Hemisphere Publishing.
- De Sousa Minayo, M. C. (1991). Violencia Social e Saude. (Uma discussao interdisciplinar). En *II Taller Latinoamericano de Medicina Social* (p. 147 – 168). Universidad Central de Venezuela. Caracas.



- Delgado, H. (1958). El problema de la delusión esquizofrénica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 21(1), 1-11.
- Delgado, H. (1969). *Curso de Psiquiatría* (6ª ed.). Barcelona: Editorial Científico-Médica.
- Delgado Lara, A. G. (1984). *Medicina tradicional: Prácticas médicas de los chontales de Tabasco*. Nacajuca, Tabasco: Centro Coordinador Indigenista- Región Chontal, Instituto Nacional Indigenista, Mecanoescrito.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinman, A. (1995). *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinman, A. (1997). *Salud Mental en el Mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos* (pp. 1-31). Washington: OPS-OMS.
- Doll, E. A. (1965). *Vineland Social Maturity Scale: condensed manual of directions*. Circle Pines: American Guidance Service Inc.
- Epstein, D. (2001, 5 noviembre). *Conferencia explora la situación de la salud mental en las Américas*. Comunicados de prensa OPS. Nov 5, 2001. Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/DPI/pr011105.htm>
- Eisenberg, L. (1996). Foreword. En J. E. Mezzich, A. Kleinman, H. Fabrega, Jr., & D. L. Parron (Eds.), *Culture and diagnosis: A DSM-IV perspective* (pp.xiii-xv). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Essen-Möller, E., & Wohlfahrt, S. (1947). Suggestions for the amendment of the official Swedish classification of mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 47, 551.
- Esquivel Romero A. E. (1989). *Contribución al conocimiento de la flora medicinal del poblado de Santa Catarina del Monte, Municipio de Texcoco, Estado de México*. México, D. F.: Tesis de licenciatura en biología, ENEP-Itzacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Falkai, P., Wobrock, T., Lieberman, J., Glenthøj, B., Gattaz, W. F., & Möller, H. J., WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). (2005). Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Acute treatment of schizophrenia. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 6(3), 132-191.
- Favazza, A., & Oman, N. (1980). Anthropology and Psychiatry. En H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock (Eds.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Vol III, pp 485-504). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A. Jr., Winokur, G., Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Ferrando, D. (1993). *Uso de drogas en las ciudades del Perú* (Monografía de Investigación N°5). Lima: CEDRO.
- Fisher, S. (1977). On the classification of families. A progress report. *Arch Gen Psychiatry*, 34(4), 424-33.
- Foster, M., & Anderson, B. G. (1978). *Medical Anthropology* (p. 354). New York: John Wiley.



- Friedman, J. (2001). *Identidad Cultural y Proceso Global*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Frisancho, D. (1988). La Medicina Folklórica y sus Fundamentos. En F. Cabieses, P. Camillol (Eds.). *Trabajos del II Congreso Internacional de Medicina Tradicional*, Lima 26-29 de Junio de 1988 (pp.117-126). Lima: Talleres Gráficos Marín.
- Frist, W. H. (2005). Shattuck Lecture: health care in the 21st century. *N Engl J Med.*, 352(3), 267-72.
- Fuentes, C. (1969). *La Nueva Novela Hispanoamericana*. México: Joaquín Mortiz.
- Galli, V. (1985, 7 de marzo). *Psiquiatría Actual: Entrecruzamiento de Paradigmas*. Presentado en la Jornadas Científicas del Hospital Nacional Braulio A. Moyano. Buenos Aires.
- García, A. M. (1982). *Medicina Tradicional*. Acayucan, Ver.: Dirección General de Culturas Populares/ Secretaría de Educación Pública. Mecanoescrito.
- García, J. (1990). *La santería. El santo. Secretos de la Religión Lucumí*. Santo Domingo, República Dominicana: Editorial Arco Iris.
- García Jiménez, S. (1984). *Acerca de la medicina Tradicional mexicana. (Una experiencia en Atoyac de Álvarez, Gro., México)*. Chilpancingo, Gro.: Dirección Publicaciones, Universidad Autónoma de Guerrero.
- García Sancho, F. (1998). Misogenia I. En S. Villaseñor (Compilador), *La Misogenia. El odio al origen*. (pp. 20-39). México: Universidad de Guadalajara.
- Goldstein, M. J., Judd, L. L., Rodnick, E. H., Alkire, A., Gould, E. (1968). A method for studying social influence and coping patterns within families of disturbed adolescents. *J Nerv Ment Dis.*, 147(3), 233-51.
- Gómez López J. M. (1990). *Medicina indígena en el Estado de México*. (Informe de acciones del trienio 1987-1989)". Toluca, Edomex. Mecanoescrito.
- Gómez-Dantés, H., Castro, M. V., Franco-Marina, F., Bedregal, P., Rodríguez-García, J., Espinoza, A., Valdez-Huarcaya, W., Lozano, R., et al. (2011). La carga de la enfermedad en países de América Latina. *Salud Pública Méx.*, 53(supl.2), S72-S77.
- Good, B. J., DelVecchio-Good, M. J. (1982). Toward a meaning-centered analysis of popular illness categories: Fright illness and heart distress in Iran. En A. Marsella & G. White. (Eds.), *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy* (pp. 150-158). Dordrecht : D. Reidel Publishing Company.
- Good, B. J., DelVecchio-Good, M. J., Moradi, R. (1985). The interpretation of Iranian depressive illness and dysphoric affect. En A. Kleinman & B. Good. (Eds.), *Culture and Depression* (pp. 369-428). Berkeley: University of California Press.
- Grez, T. (2000). Trastornos del habla y del lenguaje. En H. Montenegro & H. Guajardo (Eds.), *Psiquiatría del niño y del adolescente* (2ª. Ed., pp. 186-197). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Guarnaccia, P. J., Canino, G., Rubio-Stipec, M., & Bravo, M. (1993). The prevalence of Ataque de nervios in the Puerto Rico disaster study. *J Nerv Ment Dis*, 181:157-165.
- Guiteras Holmes, C. (1952). *Sayula*, México D. F.: Sociedad de Geografía y Estadística.
- Guiteras Holmes, C. (1965). *Los peligros del alma: visión del mundo de un tzotzil*. México, D. F.: Fondo de cultura Económica.



- Hales, R. (1998). DSM-IV Psychiatric system interface disorders (PSID) Work Group: Final Report. En T. A. Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, R. Ross, M. B. First, W. Davis, M. Kline (Eds.) *DSM-IV Sourcebook. Volume 4.* (pp. 1077-1086). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Hansen, A. T. & Bastarrachea Manzano, J. R. (1984). *Mérida: su transformación de colonial a naciente metrópoli en 1935.* México D. F.: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Haro, G., Bobes, J., Casas, M., Didia, J., & Rubio, G. (2010). *Tratado de patología dual: Reintegrando la salud mental.* Barcelona: MRA Creación y Realización editorial.
- Harris, G. (1957). Possession 'hysteria' in a Kenya tribe. *American anthropologist*, 59, 1046-1066.
- Hay, T. (1971). The windigo psychosis. *American Anthropologist*, 73, 1-19.
- Hermitte, M. E. (1970). *Poder sobrenatural y control social en un pueblo maya contemporáneo* (Ediciones especiales Num. 57). México, D. F.: Instituto Indigenista Interamericano.
- Herrero Ricaño, R., Rodríguez, I., Durand, J. A., Aguirre, E. & Lozoya, X. (1989). *La medicina tradicional en México y supervivencia.* México D. F.: ENEP. Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Herrman, H., Saxena, S., Moodie, R. (Eds). (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice.* Geneva: WHO.
- Hervis, O., Szapocznik, J., Behar, V., Rio, A., Kurtines, W. (1991). *Structural Family Systems Ratings: A Revised Manual.* Miami, FL: Spanish Family Guidance Center Department of Psychiatry, University of Miami School of Medicine.
- Hirdes, J. P., Smith, T. F., Rabinowitz, T., Yamauchi, K., Pérez, E., Telegdi, N. C., Prendergast, P., Morris, J. N., Ikegami, N., Phillips, C. D., & Fries, B. E. (RAI-MH Group). (2002). The Resident Assessment Instrument-Mental Health (RAI-MH): Inter-Rater Reliability and convergent Validity. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29(4), 419-432.
- Holland, W. (1978). *Medicina maya en los Altos de Chiapas: un estudio de cambio sociocultural* (Serie Antropología Social, núm. 2). México D. F.: Secretaría de Educación Pública/Instituto Nacional Indigenista.
- Hollweg, M. G. (1985). La "locura" en los indígenas y mestizos bolivianos. *Rev. de Humanidades, Cienc. Soc.y Rel. Intern.*, 1(1),19-27.
- Hollweg, M. G. (1994). Principales Síndromes Psiquiátricos Culturales en Bolivia. *Salud Mental*, 4, 5-11.
- Horwitz, A. (1963). Propósito y Proyecciones del Seminario Latinoamericano de Salud Mental. En: *Primer Seminario Latinoamericano de Salud Mental. Publicación Científica N° 81* (pp. 8 - 11). Washington. D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Horwitz, J., & Marconi, J. (1966). El problema de las definiciones en el campo de la salud mental: Definiciones aplicables en estudios epidemiológicos. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 60, 300-309.
- Houghton, A., & Boersma, F. (1988). The loss-grief connection in susto. *Ethnology*, 27,145-154.



- Hufford, D. (1982). *The terror that comes in the night*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- Hughes, J. C., Bamford, C., & May, C. (2008). Types of centredness in health care: themes and concepts. *Medical Health care and Philosophy*, 11, 455-463.
- Ichon, A. (1973). *La religión de los totonacas de la sierra* (Serie antropología Social, núm. 16). México D. F.: Secretaría de Educación Pública/Instituto Nacional Indigenista.
- Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". (2002). Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental. *Anales de Salud Mental*, 18(1-2), 1-197.
- Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". (2003). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. *Anales de Salud Mental*, 19(1-2), 1-216.
- Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". (2004). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la ciudad de Ayacucho 2003. Informe General. *Anales de Salud Mental*, 20(1-2), 1-199.
- Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". (2005). Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana. *Anales de Salud Mental*, 21(1-2), 1-212.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2000). *Encuesta Nacional de Hogares 1999*. Lima, Perú: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2005). *Encuesta Demográfica y Salud familiar 2004-2005*. Lima, Perú: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2007). *Encuesta Demográfica y Salud familiar 2005-2007*. Lima, Perú: Autor.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2007). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. *Anales de Salud Mental*, 23(1-2), 1-226.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2008). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007. Informe General. *Anales de Salud Mental*, 24(1-2), 1-247.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2009). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. *Anales de Salud Mental*, 25(1-2), 1-318.
- Jaspers, K. (1959, 1997). *General psychopathology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Jerí, F. (1984). La Práctica de Fumar Pasta de Coca en Algunos Países de América Latina: Una Toxicomanía Grave y Generalizada. *Boletín de Estupefacientes*, 36 (2), 17-34.
- Jerí, F., & Pérez, J. (1990). *Dependencia a la Cocaína en el Perú: Observaciones en un grupo de 616 pacientes* (Monografía N° 4). Lima: CEDRO.
- Jerí, F., Sánchez, C., Del Pozo, T., Fernández, M. (1978). El Síndrome de Pasta de Coca. *Revista de la Sanidad del Ministerio del Interior*, 39(1), 1- 18.
- Jutkowitz, J. M., Arellano, A., Castro De La Mata, R., Davies, P. S., Ellinson, J., Jerí, F. R., Shaykoff, M., & Timana, J. (1987). *Uso y abuso de drogas en el Perú. Una investigación epidemiológica sobre drogas en el Perú urbano* (Monografía de Investigación N° 1). Lima: Centro de Información y Documentación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO).



- Kelly, I. (1965). *Folk Practices In North México: Birth Customs, Folk Medicine and spiritualism in the Laguna Zone* (Latin -American monographs, Num. 2). Austin Texas: Institute of Latin American studies, University of Texas press.
- Kelly, I., García Manzanero, H., & Garate de García, C. (1984). Cultura y salud. Santiago Tuxtla, Veracruz. En A. López Austin, (Ed.), *Textos de medicina Náhuatl* (pp. 205-212) México D.F.: Universidad Autónoma de México.
- Kendell R. E., Cooper J. E., Gourlay A. J., Copeland, J. R., Sharpe, L., & Gurland, B. J. (1971). The diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, 25, 123-130.
- Kiev, A. (1972a). *Curanderismo: Psiquiatría folklórica Mexicano-Norteamericana*. México D.F.: Joaquín Mortiz.
- Kiev, A. (1972b). *Transcultural psychiatry*. New York: Free Press.
- Kirmayer, L. J. (2005). Culture, Context and the Experience in Psychiatric Diagnosis. *Psychopathology*, 38, 192-196.
- Klerman, G. L. (1984). The advantages of DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 141, 539-545.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Saxena, S. & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4-5), 229-40.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 858-866.
- Korkeila, J. A. (2000). *Measuring Aspects of Mental Health*. Helsinki: Stakes.
- Laín Entralgo, P. (1982). *El Diagnóstico Médico*. Barcelona: Salvat.
- Lebra, W. (Ed.). (1976). *Culture-Bound Syndromes, Ethnopsychiatry and Alternative Therapies*. Honolulu: Universidad de Hawai.
- Lecomte M., Damey A., Delage E., & Marty, P. (1947). Essai d'une statistique synoptique de médecine psychiatrique. *Techniques Hospitalieres*, 18, 5-8.
- Lee, S. (1999). Diagnosis postponed: Shenjing Shuairuo and the transformation of Psychiatry in Post-Mao China. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 23: 349-380.
- Leiter Ferrari, W. (1982). *La atención tradicional del parto en México y su subsistencia en un pueblo suburbano de origen nahua*. México, D. F.: Tesis profesional, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Leme Lopes, J. (1954). *As dimensões do diagnóstico psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Agir.
- León, C. A. (1972). Psychiatry in Latin America. *British Journal of Psychiatry*, 121, 121-136.
- León, C. A. (1986). Cuadros Psiquiátricos de la Región. En G.Vidal, R. Alarcón (Eds.), *Psiquiatría* (pp 630-635). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Lewis, O. (1968). *Tepoztlán: un pueblo de México*. México, D. F.: Joaquín Mortiz.
- Lewis-Fernández, R., & Núñez, M. (1997). Hacia una interpretación psicoantropológica del espiritismo puertorriqueño. En J. M. Poveda (Ed.), *Chamanismo. El arte natural de curar* (pp. 336-356). Madrid: Ediciones Temas de Hoy SA.



- Lin, K. M., Kleinman, A., & Lin, T. Y. (1981). Overview of mental disorders in Chinese cultures. En A. Kleinman & T.Y. Lin (Eds.), *Normal and Abnormal Behavior in Chinese culture* (pp. 237-272). Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Lipp, F. (1989). The study of disease in relation to culture- the susto complex among the Mixe of Oaxaca. *Dialectical Anthropology*, 12, 435-443.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K., & Payne, S. (2001). Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *British Medical Journal*, 323, 908-11.
- Lock, M. (1980). *East Asian Medicine in Urban Japan* (pp. 222-224). Berkeley: University of California Press.
- López Austin, A. (1984). *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas* (Vol. 1, p. 409; Vol. 2, p. 334) México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- López Austin, A. (1990). *Cuerpo humano e ideología: las concepciones de los antiguos nahuas* (Serie Antropológica, num. 13, Vols. 1 y 2). México, D.F.: Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lopez-Ibor, J. J. (2003). Cultural Adaptations of Current Psychiatric Classifications: Are They the Solution? *Psychopathology*, 36, 114-119.
- Loranger, A.W. (1990). The impact of DSM-III on diagnostic practice in a University hospital. *Archives of General Psychiatry*, 47, 672-675.
- Low, S. (1985). Culturally interpreted symptoms or culture-bound syndromes: a cross-cultural review of nerves. *Social Science & Medicine*, 21(2), 187-196.
- Lucena, J. C. (1963). Contribuição à classificação brasileira de doenças mentais. *Neurobiologia*, 26, 10-22.
- Madsen, C. (1965). *A study of change in Mexican folk Medicine*. New Orleans Louisiana: Middle American Research Institute.
- Malhotra, M., Wig, N. (1975). Dhat syndrome: a culture-bound sex neurosis of the Orient. *Archives of Sexual Behavior*, 4, 519-528.
- Mariátegui, J. (1972). Ruta Social de la Psiquiatría Peruana. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 18, 94-101.
- Marion, M. O. (1995). La voz de lo infinito. En I. Lagarriga, J. Galinier & M. Perrin (Coordinadores), *Chamanismo en Latinoamérica* (pp. 65-84). México: Plaza y Valdés Editores.
- Masten, A., Faden, V., Zucker, R., & Spear, L. (2009). A Development Perspective on Underage Alcohol use. *Alcohol Health & Research*, 32(1), 3-15.
- McHugh, P. R., & Slavney, P. R. (2012). Mental Illness — Comprehensive Evaluation or Checklist? *N Engl J Med.*, 366(20), 1853-1855.
- Mella, L. F. B., Dantas, C. R., & Banzato, C. E. M. (2011). Insight na psicose: uma análise conceitual. *J Bras de Psiq.*, 60(2), 135-140.
- Menéndez, E. L. (1981). *Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán* (Cuadernos de la Casa Chata, núm. 13). México. D. F.: Ediciones de la Casa Chata, Centro de investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/Secretaría de Educación Pública.



- Mental Disability Rights Internacional, Asociación Pro Derechos Humanos. (2004). *Derechos Humanos y Salud Mental en el Perú*. Lima: Gráfica Biblio.
- Mezzich, J. E. (1979). Patterns and issues in multi-axial psychiatric diagnosis. *Psychological Medicine*, 9, 125-137.
- Mezzich, J. E. (1994). Epidemiology and diagnostic systems in psychiatry. *Acta Psychiatr Scand Suppl.*, 385, 61-65.
- Mezzich, J. E. (1995). International perspectives on psychiatric diagnosis. En H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.) *Comprehensive textbook of psychiatry*, (6a. Ed., pp. 692-701). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Mezzich, J. E. (2002). International survey on the use of ICD-10 and related diagnostic systems. *Psychopathology*, 35, 72-75.
- Mezzich, J. E. (2005). Positive Health: Conceptual Place, Dimensions and Implications. *Psychopathology*, 38, 177-179.
- Mezzich, J. E. (2012a). The construction of person-centered medicine and the launching of an International College. *International Journal of Person Centered Medicine*, 2, 6-10.
- Mezzich, J. E. (2012b). Towards a Health Experience Formulation for Person-centered Integrative Diagnosis. *International Journal of Person Centered Medicine*, 2, 188-192.
- Mezzich, J. E., & Almeida-Filho, N. (1994). Epidemiology and diagnostic systems in psychiatry. *Acta Psychiatr. Scand.*, 90 (suppl. 385), 61-5.
- Mezzich, J. E., Berganza, C. E., von Cranach, M., Jorge, M. R., Kastrup, M. C., Murthy, R. C., Okasha, A., Pull C., Sartorius, N., Skodol, A. E., & Zaudig, M. (2003). *Essentials of the WPA International Guidelines for Diagnostic Assessment (IGDA)*. *British Journal of Psychiatry*, 182, Suppl. 45.
- Mezzich, J. E., Cohen, N. L., Ruipérez, M. A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J., & Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the Quality of Life Index: Presentation and Validation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 138, 301-305.
- Mezzich, J. E., & Good, B. J. (1997). On culturally enhancing the DSM-IV multi-axial formulation. In: T. A. Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, R. Ross, M. B. First, W. Davis (eds.): *DSM-IV Source Book* (Volume 3). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Mezzich, J. E. & Jorge, M. R. (1993). Psychiatric nosology: Achievements and challenges. En J. A. Costa e Silva & C. C. Nadelson (Eds.). *International review of psychiatry* (Vol. 1, pp. 5-11). Washington: American Psychiatric Press.
- Mezzich, J. E., Kleinman, A., Fabrega, H., & Parron, D. (1996). *Culture and Psychiatric Diagnosis. A DSM-IV perspective*. Washington D. C.: American Psychiatric Press.
- Mezzich, J. E., Lin, K. M. & Campbell Hughes, C. (2000). Acute and transient psychotic disorders and culture bound syndromes. En: B. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry* (7th Ed., pp. 1264-1275). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Mezzich, J. E. & Raab, E. S. (1980). Depressive symptomatology across the Americas. *Archives of General Psychiatry*, 37, 818-823.



- Mezzich, J. E., & Salloum, I. M. (2007). Towards innovative international classification and diagnostic systems: ICD-11 and person-centered integrative diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 1-5.
- Mezzich, J. E., Salloum, I. M., Cloninger, C. R., Salvador-Carulla, L., Kirmayer, L., Banzato, C. E., Wallcraft, J., & Botbol, M. (2010). Person-centered Integrative Diagnosis: Conceptual Bases and Structural Model. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 701-708.
- Mezzich, J. E., Snaedal, J., van Weel, C., Heath, I. (2009). The International Network for Person-centered Medicine: Background and First Steps. *World Medical Journal*, 55, 104-107.
- Ministerio de Salud Pública, Hospital Psiquiátrico de la Habana (2001). *Tercer glosario cubano de psiquiatría*. La Habana, Cuba: Autor.
- Miranda Sá, L. S. (1984). *Psicopatología e Propedéutica* (pp.274-275). Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.
- Módena, M. E. (1987). *Diferencia Cultural e identidad ideológica: Salud, enfermedad y hegemonía en el sur de Veracruz*. México, D. F.: Tesis de maestría en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Montenegro, R. (1998). Nuevas Estrategias para las Nuevas Demandas en Psiquiatría y Salud Mental. En Asociación Psiquiátrica Peruana y Asociación Psiquiátrica de América Latina, *Salud Mental y Psiquiatría en el umbral del nuevo milenio* (pp. 83 - 91). Lima.
- Moreno Armendáriz, L. (1983). *Estudio etnobotánico de las plantas usadas como medicina* (Informe de biología de campo). México, D. F.: Facultad de Ciencias, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Moreno Olmedo, A. (1993). *El Aro y la Trama: Episteme, Modernidad y Pueblo*. Caracas: Centro de Investigaciones Populares. Universidad de Carabobo, Valencia.
- Moreno, A. C. (2003). *Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. España: Masson Ed.
- Morin, E. (1974). *El Hombre ante la Muerte*. Barcelona: Editorial Kairós SA.
- Moya, J. (2004). *Las otras muertes: 20 años de violencia en los Andes del Perú*. IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social (ALAMES) en Lima-Perú.
- Mundt, C. (2003). Common Language and Local Diversities of Psychopathological Concepts-Alternatives or Complements? *Psychopathology*, 36, 111-113.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997a). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349,1498-1504.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997b). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349,1436-1442.
- Nakane, Y., & Nakane, H. (2002). Classification Systems for Psychiatric Diseases Currently Used in Japan. *Psychopathology*, 35, 191-194
- Navarro, R., & Arévalo, M. (1989). Tratamiento y Rehabilitación de la Dependencia a la PBC. En F. R. León & R. Castro de la Mata (Eds.), *Pasta de Cocaína. Un Estudio Multidisciplinario*. Lima: CEDRO.
- Nizama, M. (1979). Síndrome de Pasta Básica de Cocaína. *Revista de Neuropsiquiatría*, 42, 114,134.



- Nizama-Valladolid, M. (1991). Estudio Fenomenológico Descriptivo de 120 pacientes dependientes principalmente a Pasta Básica de Cocaína". *Anales de Salud Mental*, 7(1-2), 9-31.
- Nutini, H. (1988). *Todos Santos in Rural Tlaxcala: A Syncretic Expressive and Symbolic Analysis of the Cult of the Dead*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Ochoa Robles, H. A. (1967). *Estudio de sociología médica aplicada a la salud del pueblo yaqui*. México, D. F.: Tesis profesional en medicina, Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México.
- Olivarrieta Marengo, M. (1977). *Magia en los Tuxtlas* (Serie Antropología Social, núm. 54). México, D. F.: Secretaría de Educación Pública/Instituto Nacional Indigenista.
- Oliver, E. (1981). Algunos Aspectos Clínicos Observados en Consumidores de Pasta Básica de Cocaína. *Anales del Congreso de Psiquiatría Lima*.
- Oliveros, A. (1996). Nueva Metafísica, nuevos temas para la literatura del milenio. Zona Tórrida. *Revista de Cultura de la Universidad de Carabobo*, 27, 83-104.
- Olson, D. H. (1991). Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar. En C. J. Falicov (Comp.), *Transiciones de la Familia: continuidad y cambio en el ciclo de vida* (pp. 99-129). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Olson, D. H., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H. (1983). Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical update. *Family Process*, 22, 69-83.
- Onofrio, G. (2006). Familia y Trastornos de la Conducta Alimentaria. Intervenciones sobre el discurso y construcción de redes. *Rev. de la Asoc. Arg. de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, 19(1), 152-169.
- Onofrio, G. (2009). Anorexia Nerviosa y Bulimia: nudos problemáticos. En A. Falcoff, J. C. Fantin (Comp.), *Manual de Diagnóstico Clínico y Terapéutica en Psiquiatría*. Buenos Aires: Ed Letra Viva.
- Organización Panamericana de la Salud - CEPAL. (1997). *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe* (Cuaderno Técnico No 46, p.45). Washington D. C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Salud de la Población: Conceptos y Estrategias para las Políticas públicas Saludables*. Washington, D.C.: Autor.
- Orley, J., & Kuyken, W. (1994). *The WHO Quality of Life Instrument*. Ginebra: World Health Organization.
- Orpinas, P., Valdés, M., Pemjean, A., Florenzano, R. (1991). Validación de una escala breve para la detección de beber anormal (E.B.B.A.). En: R. Florenzano, N. Horwitz, M. Penna, & M. Valdés (Eds.), *Temas de Salud Mental y Atención Primaria de Salud* (pp.185-93). Santiago de Chile: Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Otero, A. A. (Ed.) (2000). *Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría*. La Habana: Hospital Psiquiátrico de La Habana.
- Otero-Ojeda, A.A. (2002). Third Cuban Glossary of Psychiatry (GC-3): Key features and contributions. *Psychopathology*, 35, 181-184.
- Otero, A., Saavedra, J. E., Mezzich, J. E., & Salloum, I. M. (2011). La Guía Latinoamericana de Diagnostico Psiquiátrico y su proceso de revisión. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 11, 18-25.



- Pachter, L. M. (1993). Latino folk illnesses: methodological considerations. *Medical Anthropology*, 15(2), 103-108.
- Palacios de Westendarp, P. (1986). *Conocimientos y prácticas médicas en una comunidad campesina*. Querétaro, Qro.: Centro de Estudios Antropológicos, Universidad Autónoma de Querétaro, Temas de Investigación.
- Parker, S. (1960). The wiitiko psychosis in the context of Ojibwa personality and culture. *American Anthropologist*, 62, 603-623.
- Parker, S. (1962). Eskimo psychopathology in the context of Eskimo personality and culture. *American Anthropologist*, 64, 76-96.
- Paz, O. (1981). ¿Es Moderna Nuestra Literatura? En *In/mediaciones* (pp. 39 - 50). Barcelona: Seix Barral.
- Paz, O. (1986). *El laberinto de la soledad*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica SA.
- Peña Ruiz, P. (1991). *Notas de campo*. Estado de México.
- Perales, A. (1993). Salud mental en el Perú variables socioeconómicas, políticas y culturales. *Anales de Salud Mental*, 9, 83-107.
- Perales, A., Sogi, C., Lolas, F., Pacheco, A., Samaniego, N., Matute, G., Barreto, A., Chaskel, R., Dávila, H., & López, R. (1995). *Orientación de la Atención Psiquiátrica en Sudamérica*. Lima: Gráfica Delgado.
- Perales, A., Sogi, C., Sánchez, E., & Salas, R. E. (1995). *Salud Mental de una población urbano marginal de Lima* (Serie: Monografías de Investigación No 2.) Lima: INSM Honorio Delgado- Hideyo Noguchi".
- Pérez R. M., Loaiza, L., & Argueta, A. (1983). *Herbolaria medicinal Purhepecha*. Uruapan Michoacán. Dirección general de culturas populares/SEP. Mecanoescrito.
- Pérez Salvador, A. (1987). *Medicina Tradicional en la comunidad de Tamulté de las Sabanas del municipio del Centro de Tabasco*. Tlaxcala, Tlaxcala, Tesis profesional en Etnolingüística, Instituto Nacional Indigenista/Centro de Investigaciones y Estudios superiores en Antropología Social/ Secretaría de Educación Pública.
- Phillips, J. (2005). Idiographic Formulations, Symbols, Narratives, Context and Meaning. *Psychopathology*, 38,180-184.
- Prince, R., & Techeng-Laroche, F. (1987). Culture bound syndromes and international classification of disease. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11, 3-20.
- Rabinowitz, J., Gross, R., & Feldman, D. (1999). Correlates of a perceived need for mental health assistance and differences between those who do and do not seek help. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 34, 141-146.
- Ramírez, E. (1989). *Sistema Octogonal de Evaluación Psiquiátrica Technical Report*. San Juan, Puerto Rico: Secretaría de Salud Mental.
- Ramírez Castañeda, E. (1987). *El fin de los montiocs: Tradición oral de los huaves de San Mateo del Mar, Oaxaca*. México, D. F.: Instituto Nacional de Antropología e Historia/Secretaría de Educación Pública.
- Ravicz, R. (1969). The Amuzgo. En R. Wauchope & E. Vogt (Eds.), *Handbook of Middle American Indians, Ethnology Part I* (Vol. VII, pp. 417-433). Austin, Texas: University of Texas Press.



- Reiser, M. F. (1988). Are psychiatric educators "losing the mind"? *American Journal of Psychiatry*, 145, 148-153.
- Reynolds, D. (1976). *Morita Therapy*. Berkeley: Universidad de California.
- Richter, H. E. (1974). *The family as patient*. London: Souvenir Press, Condor Book.
- Rin, H. (1968). Two forms of vital deficiency syndromes among Chinese male mental patients. *Transcultural Psychiatric Research*, 3, 19-21.
- Rivera, M. O. (1976). *Una comunidad maya en Yucatán*. México, D. F.: Secretaría de Educación Pública, SEP Setentas, núm. 261.
- Robichaud, J. B., Guay, L., Colin, C., Pothier, M., & Saucier, J. F. (1994). Les liens entre la pauvreté et la santé mentale: de l'exclusion à l'équité (pp. 93-98). Montréal: Gaétan Morin Editeur.
- Rojas, C., & Esser, J. (1999). Trabajo Precario y Salud Mental. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, 45(93), 44-47.
- Rubel, A. J. (1964). The study of latino folk illnesses. *Medical Anthropology*, 15(2), 209-213.
- Rubel, A. J., O'Neill C., & Collado-Ardon, R. (1984). *Susto, a folk illness*. Los Angeles: University of California Press.
- Ruiz Salazar, C. L. (1989). *Contribución al estudio de las plantas medicinales de la delegación Xochimilco, Distrito Federal*. México. D. F.: Tesis profesional en Biología, ENEP- Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ryesky, D. (1976). *Conceptos tradicionales de la medicina en un pueblo mexicano: un análisis antropológico*. México, D. F.: Secretaría de Educación Pública, SEP Setentas, No. 309.
- Saavedra, J. E. (2006). Factores asociados al acceso a la atención en salud mental en Lima Metropolitana y Callao [Tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Saavedra, J. E., Mezzich, J. E., Otero, A., & Salloum, I. M. (2012). The Revision of the Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis (GLADP) and an Initial Survey on its Utility and Prospects. *International Journal of Person Centered Medicine*, 2, 214-221.
- Salazar, J. M. (1987). El latinoamericano como idea política. En M. Montero (Directora), *Psicología política latinoamericana* (pp. 203-227). Caracas: Editorial Panapo.
- Saldivia, S., Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., & Torres, S. (2004). Use of Mental Health Services in Chile. *Psychiatric Services*, 55, 71-76.
- Salganicoff, A., & Wyn, R. (1999). Access to Care for Low-Income Women: The impact of Medicaid. *Journal of Health care for the Poor and Underserved*, 10(4), 453-467.
- Salloum, I. M., & Mezzich, J. E. (2009). *Psychiatric Diagnosis: Challenges and Prospects*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Sánchez, J. (1960). Algunos aspectos de agresión en un grupo de alcohólicos. *Rev. Sanidad Policia*, 20, 616-622.
- Sánchez, E. (1978). Algunos Aspectos Epidemiológicos de la Dependencia a Pasta Básica de Cocaína. *Rev. Neuropsiquiatr.*, 41(3-4), 77-82.
- Sassoon Lombardo, Y. (1982). *La trayectoria del enfermo en Capácuaro y San Lorenzo. Patzcauaro, Michoacán: Dirección general de culturas populares/Secretaría de Educación Pública. Mecanoescrito.*



- Saviñón Tirado, J. A., Solís de Méndez, F., & Johnson Rodríguez, R. O. (2002). Trastornos por pánico: Aspectos clínicos y psicofarmacológicos. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 35, 97-106.
- Scheffler, L. (1988). *Magia y brujería en México*. México, D. F.: Panorama.
- Schmolke, M., & Lecic-Tosevsky, D. (Eds.). (2003). Health promotion: An integral component of effective clinical care. *Dyn Psychiatry*, 36 (special issue), 221-319.
- Seguín, C. A. (1986). Psiquiatría Tradicional y Psiquiatría Folklórica. En G. Vidal G, R. Alarcón R. (Eds.), *Psiquiatría* (pp. 630-635). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Seguín, C. A. (1988). *Psiquiatría Folklórica. Introducción a la Psiquiatría Folklórica*. Lima: Ediciones Remar.
- Shaden, E. (1974). *Aspectos Fundamentales de la Cultura Guaraní* (pp. 124-128). San Pablo: E.P.U. Y EDUSP.
- Signorini, I., & Tranfo, L. (1979). Las enfermedades. Clasificación y terapia. En I. Signorini (comp.) *Los Huaves de San Mateo del Mar* (Serie Antropología Social, núm. 59, pp. 215-262). México, D. F.: Secretaría de Educación Pública/Instituto Nacional Indigenista.
- Simons, R. C. Y., & Hughes, C. C. (Eds.) (1985). *The Culture-Bound Syndromes*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Singer, K. (1984). Depressive disorders from a transcultural perspective. En: J. E. Mezzich & C. E. Berganza (Eds.), *Culture and psychopathology* (pp.360-384). New York: Columbia University Press.
- Singh, S. (1992). Is Dhat culture bound? *British Journal of Psychiatry*, 160, 280-281.
- Sosa Constantini, E. (1971). *Psiquiatría y Paje* (pp.43-73). Asunción: Tesis doctorado en Medicina (Inédito).
- Stengel, E. (1959). Classification of Mental Disorders. *Bull. WHO*, 21, 601-663.
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. The patient should be the judge of patient centred care. *British Medical Journal*, 322, 444-5.
- Tanaka-Matsumi, J. (1979). Taijin kyofusho. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 3, 231-245.
- Tarangano, F. E., Allegri, R. F., Krupitzki, H., Sarasola, D. R., Serrano, C. M., Loñ, L., & Lyketsos, C. G. (2009). Mild Behavioral Impairment and Risk of Dementia: A Prospective Cohort Study of 358 Patients. *J Clin Psychiatry*, 70(4), 584-592.
- Tauber, A. I. (2005). Medicine and the Call for a Moral Epistemology. *Perspective in Biology and Medicine*, 48(1), 42-53.
- Tomasini, A. (1995). El cantor de la cultura Nivaklé. En I. Lagarriga, J. Galinier, M. Perrin (Coordinadores), *Chamanismo en Latinoamérica* (pp. 143-166). México D. F.: Plaza y Valdés Editores.
- Tranulis, C., Corin, E., & Kirmayer, L. J. (2008). Insight and psychosis: comparing the perspectives of patient, entourage and clinician. *Int J Soc Psychiatry*, 54, 225-241.
- Tseng, W. S., & Mc Dermott, J. F. (1979). Triaxial Family Classification. *J Am Acad Child Psychiatry*, 18(1), 22-43.



- Ustun, T. B., & Sartorius, N. (Eds.). (1995). *Mental Illness in General Health Care: An International Study* (pp. 323-334). Chichester, England: Wiley Press.
- Vaillant, G. (1983a). Elements of Recovery: A longitudinal analysis. En H. B. Milkman & L. I. Sederer (Eds.), *Treatment choices for alcoholism and substance abuse* (pp. 201-208). Lexington Books, Massachusetts.
- Vaillant, G. (1983b). Path into abstinence. En G. Vaillant (Ed.), *The Natural History of Alcoholism*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Vaillant, G. E. (1984). The disadvantages of DSM-III outweigh its advantages. *American Journal of Psychiatry*, 141, 542-545.
- Vaillant, G. (1996). A long term follow up of male alcohol abuse. *Arch Gen Psychiatry*, 53, 243-249.
- Valdivia, O. (1986). Hampicamayoc. Medicina Folklórica y su Substrato Aborigen en el Perú. Lima: Imprenta de la UNMSM.
- Vargas Llosa, M. (1995). *Lituma en los Andes*. Bogotá: Planeta Colombiana Editorial SA.
- Vega Franco, L. (1979). Las enfermedades de los niños en la medicina tradicional. *Boletín Médico*, 36(2), 69-87.
- Velásquez Gallardo, P. (1949). *La hechicería en Carapan, Michoacán*. México, D. F. Tesis de la maestría en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Velásquez, E., & Sánchez, M. (1985). *Epidemiología de la Basuca, (PBC)* (Documentos Corporación Colombiana para la Prevención del Alcoholismo y la Farmacodependencia). Medellín, Colombia: Surgir.
- Velásquez, E. (1983). El Basuco: Qué se sabe hasta el momento. *Revista del Hospital Mental de Antioquia*, 10(3), 1-13.
- Velásquez, E., & Tamayo, O. (1998). Evaluación de pacientes tratados por dependencia a sustancias psicoactivas, 1975-1991 (Documento Corporación Colombiana para la Prevención del Alcoholismo y la Farmacodependencia). Medellín, Colombia: Surgir.
- Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Levav, I., & Torres, S. (2006). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1362-1370.
- Villa Rojas, A. (1978). *Los mayas de las tierras bajas*. México, D. F.: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Villalobos Contreras, G. (1989). Plantas medicinales usadas por los nahuas y totonacas de Xochitlán y Zapotitlán en la Sierra Norte de Puebla. En *Memorias del Tercer Coloquio de la Medicina Tradicional Mexicana "Un saber en discusión"* (pp. 139-146). México, D. F.: ENEP- Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Villanueva, M. (1989). Factores psicológicos asociados a la iniciación y habituación. En F. León, & R. Castro de la Mata (Eds.), *Pasta Básica de Cocaína, un estudio multidisciplinario* (pp.176-208). Lima: CEDRO.
- Villaseñor-Bayardo, S. J. (1993). "Bouffée délirante" Revisión histórica de un concepto. *Salud Mental*, 16(1), 10-18.
- Villaseñor-Bayardo, S. J. (1994). La Etnopsiquiatría. Nociones generales sobre su origen y desarrollo. *Salud Mental*, 17(2), 16-20.



- Villaseñor-Bayardo, S. J. (2000). *Vers une ethnopsychiatrie mexicaine: la médecine traditionnelle dans une communauté nahua du Guerrero*. (Vol. 2). France: Presse Universitaire du Septentrion.
- Voiland, A. L., & Buell, B. (1961). A classification of disordered family types. *Social Work*, 6, 3-11.
- Wallace, A. (1972). Mental illness, biology, and culture. En F. L. K. Hsu (Ed.), *Psychological Anthropology* (pp. 363-402). Cambridge, Mass: Schenkman Publishing Company.
- Wen J-K. & Wang C-L, W. (1981). Shen-k'uei syndrome: a culture-specific sexual neurosis in Taiwan. En: A. Kleinman & T.Y. Lin (Eds.), *Normal and Abnormal Behavior in Chinese Cultures* (pp. 357-369). Dordrecht: D. Reidel Publishing Co.
- Wertheim, E. S. (1973). Family Unit Therapy. The science and typology of family systems. *Family Process*, 12, 361-376.
- Whitecotton, J. W. (1985). *Los zapotecos, príncipes, sacerdotes y campesinos* (Sección Obras de Antropología, núm. 103). México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- WHO World Mental Survey Consortium. (2004). Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291, 2581-2590.
- World Health Organization. (1992a). *International statistical classification of diseases and related health problems*, 10th revision. Geneva: Autor.
- World Health Organization. (1992b). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: Autor.
- World Health Organization. (1997). *Multi-axial Presentation of ICD-10 for Adults*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- World Health Organization. (2001). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Autor.
- World Health Organization. (2005). *Mental Health Atlas 2005*. Geneva: Autor.
- World Health Organization. (2008). *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. Geneva: Autor.
- World Health Organization. (2011). *Mental Health Atlas 2011*. Geneva: Autor.
- World Psychiatric Association IGDA Workgroup (2003). IGDA. Introduction. Standardized multi-axial diagnostic formulation. *British Journal of Psychiatry*, 182 (supp. 45), s37-s39.
- Yap Pow-Meng. (1969). The culture-bound reactive syndromes. En W. Caudill & T.Y. Lin (Eds.), *Mental health research in Asia and the Pacific* (pp. 33-53). Honolulu: East-West Center Press.
- Young James, C. (1981). *Medical choice in a Mexican Village*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- Zolla C. (Director). (1994). *La medicina tradicional de los pueblos indígenas de México* (Tomo II, p. 623). Coordinación: Mellado Campos V. México: Instituto Nacional Indigenista.
- Zolla, C., del Bosque, S., Tascón, A., Mellado, V. (1988). *Medicina tradicional y enfermedad*. México, D. F.: Centro Interamericano de estudios de seguridad Social/ Instituto Mexicano del Seguro Social.



Zurroza Ceballos, O. (1985). *Salud y enfermedad en el grupo étnico yaqui de Sonora*. México, D. F.: Tesis profesional en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia.



*ÍNDICE ALFABÉTICO
DE MATERIAS*

ÍNDICE ALFABÉTICO DE MATERIAS

* Categoría residual para los estados no clasificados en otro lugar. (Advertencia: los estados específicos tienen una clasificación concreta.)

Ver la lista de categorías de cuatro caracteres.

	Página
Abuso (de) (ver también uso perjudicial)	
- analgésicos, F55.2	264
- antiácidos, F55.3	264
- antidepresivos, F55.0	264
- - tetracíclicos, F55.0	264
- - tricíclicos, F55.0	264
- aspirina, F55.2	264
- diuréticos, F55.8	264
- esteroides, F55.5	264
- fenacetina, F55.2	264
- hormonas, F55.5	264
- inhibidores de la monoamino oxidasa, F55.0	264
- laxantes, F55.1	264
- paracetamol, F55.2	264
- remedios o hierbas específicos, F55.6	264
- remedios populares específicos, F55.6	264
- sustancias que no producen dependencia, F55.8	264
- - no especificadas, * F55.9	264
- vitaminas, F55.4	264
Acalculia, del desarrollo, F81.2	316
Acrofobia, F40.2	212
Adaptación, trastorno de	
- con otros síntomas específicos predominantes, F43.28	224
- con predominio de los trastornos de las emociones, F43.23	224
- con predominio de los trastornos del comportamiento, F43.24	224
- con trastornos mixtos de las emociones y de la conducta, F43.25	224
- reacción ansiosa y depresiva (mixta), F43.22	224
- reacción depresiva breve, F43.20	224
- reacción depresiva prolongada, F43.21	224
Adicción (ver síndrome, dependencia)	
Aerofagia, psicógena, F45.31	237



	Página
Afasia	
- adquirida, con epilepsia, F80.3	310
- del desarrollo	310
- - de Wernicke, F80.2	311
- - tipo receptivo, F80.2	311
- - tipo expresivo, F80.1	310
Afonía psicógena, F44.4	228
Agnosia auditiva, F80.2	311
Agorafobia,	
- con trastorno de pánico, F40.01	210
- sin trastorno de pánico, F40.00	210
Aire, El, F45.9 (ver Mal viento, Viento de la muerte, Aya-wayra)	371
Alcohol,	
- abstinencia, F10.3 [#]	135
- - con delirium, F10.4 [#]	136
- dependencia, F10.2 [#]	135
- embriaguez aguda, F10.0 [#]	133
- síndrome amnésico, F10.6	138
- trastorno psicótico, F10.5	137
- uso nocivo, F10.1	135
Alcohólico (a) (s)	
- alucinosis (aguda), F10.5 [#]	137
- celos, F10.5 [#]	137
- paranoia, F10.5	137
- psicosis, F10.5	137
Alcoholismo	
- crónico, F10.2	135
- síndrome de Korsakov, F10.6	138
Alimentación de la infancia, trastorno de	
Alucinatorio	
- estado, orgánico, F06.0	109
- psicosis crónica, F28	178
Alucinógenos,	
- estado de abstinencia, F16.3	151
- intoxicación aguda, F16.0	150
Alucinosis	
- alcohólica, F10.5	109
- orgánica, F06.0	109
Alzheimer, enfermedad de	
- demencia en, F00.9 [#]	99
- - de comienzo precoz, F00.0 [#]	98



	Página
- - de comienzo tardío, F00.1#	99
- - presenil, F00.0	98
- - senil, F00.1	99
- - tipo atípico, F00.2#	99
- - tipo mixto, F00.2	99
- tipo 1, F00.1	99
- tipo 2, F00.0#	98
Amnesia disociativa, F44.0	105
Amnésico, síndrome (ver síndrome amnésico)	
Amok, F68.81	367
Anestesia y pérdida sensorial, disociativa, F44.6	229
Anhedonia (sexual), F52.11	255
Anorexia nerviosa, F50.0	245
- atípica, F50.1	247
Anorgasmia psicógena, F52.3	257
Ansiedad	
- depresión, F41.2	217
- episódica paroxística, F41.0	213
- estado, F41.1	215
- fóbica, de la infancia, F93.1	344
- histeria, F41.8	218
- neurosis, F41.1	215
- reacción, F41.1	215
- separación, de la infancia, F93.0	343
- social, de la infancia, F93.2	345
- sueño, F51.1	250
Ansiedad, trastorno de	
- - fóbica, F40.9	213
- - de la infancia, F93.1	344
- - especificada, * F40.8	213
- - generalizada, F41.2	217
- - mixta, F41.3	217
- - separación de la infancia, F93.0	343
- - social, de la infancia, F93.2	345
- - depresión mixta, F41.2	217
Antropofobia, F40.1 (ver Taijin kyofusho)	211
Aprendizaje, desarrollo del, trastorno de, F81.9	317
Arrancarse el pelo, F98.4	358
Articulación, funcional, trastorno de, F80.0	309
Asperger, síndrome de, F84.5	328
Astenia, neurocirculatoria, F45.30	237



	Página
Ataque de pánico, F41.0	213
Atención, déficit de	
- sin hiperactividad, F98.8	359
- síndrome con hiperactividad, F90.0	335
- trastorno de hiperactividad, F90.0	335
Atontado, síndrome del, F39.1	372
Ausencia del colegio, F91.2	340
Autismo	
- atípico, F84.1	322
- de la infancia, F84.0	320
- infantil, F84.0	320
Autístico (a)	
- psicopatía, F84.5	328
- trastorno, F84.0	320
Aversión, sexual, F52.10	255
Balanceo de la cabeza (repetitivo), F98.4	358
Beziehungswahn, sensitiver, F22.0	171
Bilis, síndrome de, F45.9	372
Bipolar, trastorno, F31.8#	418
Bipolar afectivo, trastorno, F31.9	193
- en remisión (actualmente), F31.7	192
- episodio actual	192
- - depresión leve o moderada	192
- - con síntomas somáticos, F31.31	190
- - - sin síntomas somáticos, F31.30	190
- - depresión grave	190
- - - con síntomas psicóticos, F31.4	191
- - hipomaníaco, F31.0	189
- - maníaco	189
- - - con síntomas psicóticos, F31.2	189
- - - sin síntomas psicóticos, F31.1	189
- - mixta, F31.6	191
- específica, F31.8	192
- orgánica, F06.31	110
Bla, El, F45.9	373
Bofetadas, estereotipadas, autoinfligidas, F98.4	358
Bouffée délirante	
- con síntomas de esquizofrenia, F23.1	174
- sin síntomas de esquizofrenia, F23.0	173
- - con estrés agudo, F23.01	
- - sin estrés agudo, F23.00	



	Página
Briquet, trastorno de, F48.8	241
Brujería, ver daño	
Bulimia nerviosa, F50.2	247
- atípica, F50.3	248
Cafeína,	
- estado de abstinencia, F15.3	149
- intoxicación aguda, F15.0	148
Calambre del escribiente, F48.8	240
Cannabinoides,	142
- intoxicación aguda, F12.0	142
- estado de abstinencia, F12.3	143
Ceceo, F80.8	313
Cefalea, psicógena, F45.4	237
Celos	
- alcohólico, F10.5	137
- hermanos, F93.3	345
Chucaque, F45.9	377
Ciclotimia, F43.0	220
Claustrofobia, F40.2	212
Cleptomanía, F63.2	285
Cocaína,	
- intoxicación aguda, F14.0	145
- - síndrome de pasta básica de,	146
- estado de abstinencia, F14.3	147
Colerina, síndrome de la, (F45.9)	377
Colon irritable, síndrome del, F45.32	237
Complejo demencia SIDA F02.4	104
Comportamiento, trastorno del	
- con trastorno depresivo (F30-F39), F92.0	341
- con trastorno emocional (F93), F92.8	342
- con trastorno neurótico (F40-F48), F92.8	342
- depresiva, F92.0	341
- hipercinética, F90.1	335
- infancia, F91.9	341
- limitada al contexto familiar, F91.0	339
- no socializada, F91.1	339
- oposicional desafiante, F91.3	340
- socializada, F91.2	340
- tipo grupo, F91.2	340
- tipo solitaria agresiva, F91.1	339
Compulsivos, actos, F42.1	219



	Página
Confusión psicógena, F44.88	230
Confusional, estado (no alcohólico), F.05	106
- subagudo, F05	106
Conversión	
- histeria, F44	225
- reacción, F44	225
- trastorno, F44	226
Convulsiones disociativas, F44.5	229
Crepuscular, estado (ver estado crepuscular)	
Creutzfeldt-Jacob, enfermedad de, F02.1#	102
Da Costa, síndrome de, F45.30	237
Daño, ver brujería	
Dhat, F48.8	241
Deficiencia mental (ver retraso mental)	
Delincuencia, juvenil, grupo, F91.2	340
Delirante, trastorno de, F22.0	171
- inducida, F24	176
- persistente, F22.9	172
- - especificada, * F22.8	172
Delirio sensitivo de referencia F22	170
Delírium, F05.9	108
- abstinencia, F1x.4	127
- no sobreimpuesto a demencia, F05.0	107
- origen mixto, F05.8	107
- tremens (inducido por alcohol), F10.4#	136
Demencia en F03#	105
- complejo parkinsonismo-demencia de UAM, F02.3	103
- corea de Huntington (enfermedad), F02.2#	103
- deficiencia de niacina, pelagra, F02.8#	105
- deficiencia de vitamina B-12, F02.8#	105
- degeneración hepatolenticular (enfermedad de Wilson), F02.8#	104
- degenerativa primaria, F03#	105
- enfermedad de Alzheimer, F00.9#	99
- - atípica, F00.2#	99
- - comienzo precoz, F00.0#	98
- - comienzo tardío, F00.1#	99
- - intoxicación por carbohidratos, F02.8#	105
- - lipidosis cerebral, F02.8	104
- - predominantemente cortical, F01.1#	100
- - tipo mixta, F00.2#	99
- enfermedad de Creutzfeldt-Jacob, F02.1	102



	Página
- enfermedad de Parkinson, F02.3#	103
- enfermedad de dic, F02.0#	102
- enfermedad del virus de la inmunodeficiencia humana, VIH, F02.4#	104
- enfermedad especificada, * F02.8#	104
- epilepsia, F02.8#	104
- esclerosis múltiple, F02.8#	105
- hipercalcemia, F02.8#	104
- hipotiroidismo adquirido, F02.8#	104
- infantil, F84.3	325
- intoxicaciones, F02.8#	105
- lupus eritematoso sistémico, F02.8#	105
- multi-infarto, F01.1#	100
- neurosífilis, F02.8#	105
- parálisis agitada, F02.3#	103
- parálisis general del demente, F02.8#	103
- parkinsonismo, F02.3#	103
- poliarteritis nodosa, F02.8	105
- predominantemente cortical, F01.1#	100
- presenil, F03#	105
- primariamente degenerativa, F03#	105
- - tipo Alzheimer, F00.0#	98
- senil, F03#	105
- - tipo Alzheimer, F00.1#	99
- tripanosomiasis, F02.8#	105
- vascular, F01.9#	102
- - de comienzo agudo, F01.0#	100
- - especificada, * F01.8#	101
- - mixta, cortical y subcortical, F01.3#	101
- - subcortical, F01.2#	101
Dependencia (ver síndrome, dependencia)	
Depresión, F32.9	198
- agitada, episodio único, F32.2	196
- ansiedad	
- - leve o no persistente, F41.2	217
- - persistente (distimia), F34.1	203
- atípica, F32.8	198
- endógena, F33.-	198
- mayor	
- - enmascarada, F32.8	198
- - episodio único, F32.-	193
- - recurrente, F33.-	198



	Página
- monopolar, F33.9	201
- neurótica (persistente), F34.1	203
- postesquizofrénica, F20.4#	165
- postnatal, F53.0	261
- postparto, F53.0	261
- psicógena, F32	193
- - psicótica, F32.3	197
-reactiva, F32	193
- - vital, sin síntomas psicóticos, F32.2	196
Depresivo, episodio, F32.9	198
- especificado, * F32.8	198
- grave	
- - con síntomas psicóticos, F32.2	196
- - sin síntomas psicóticos, F32.2	196
- leve, F32.0	195
- - con síntomas somáticos, F32.01	195
- - sin síntomas somáticos, F32.00	195
- moderado, F32.1	196
- - con síntomas somáticos, F32.11	196
- - sin síntomas somáticos, F32.10	196
Depresivo, trastorno, F32.9	198
- orgánico, F06.32	110
- recurrente, F33.9	201
- - breve, F38.10	205
- - episodio actual	
- - - en revisión, F33.4	201
- - - leve, F33.0	199
- - - - con síntomas somáticos, F33.01	199
- - - - sin síntomas somáticos, F33.00	199
- - - moderado, F33.1	200
- - - - sin síntomas somáticos, F33.10	200
- - - - con síntomas somáticos, F33.11	200
- - - grave,	
- - - - con síntomas psicóticos, F33.3	200
- - - - sin síntomas psicóticos, F33.2	200
- - - especificado, * F33.8	201
Deprivación (ver estado, deprivación)	
Desarrollo, trastorno del, F89	329
- afasia	
- - capacidades aritméticas, F81.2	316
- - tipo expresivo, F80.1	310



	Página
- - tipo recesivo, F80.2	311
- articulación, F80.0	309
- coordinación, F82	318
- escritura expresa, F81.8	317
- especificado, * F88	329
- fonológico, F80.0	309
- función motora, F82	318
- generalizada, F84	319
- habilidades escolares, F81.9	317
- - mixto, F81.3	317
- lenguaje, F80.9	313
- - especificado, * F80.0	309
- mixta, específica, F83	318
- psicológico, F89	329
Deseo sexual, pérdida o disminución, F52.0	254
Despersonalización, desrealización, síndrome de, F48.1	240
Desrealización, F48.1	240
Desviación, sexual, F65.9	294
Dhat, síndrome de, F48.8	241
Diarrea	
- psicógena, F45.32	237
- síndrome de gas, F45.32	237
Dipsomanía, F10.2#	135
Disfasia, del desarrollo	
- tipo expresivo, F80.2	311
- tipo receptivo, F80.2	311
Disfonía psicógena, F44.4	228
Disfunción	
- orgásmica, F52.3	257
- sexual no causada por trastorno o enfermedad orgánica, F52.9	260
- - especificada, * F52.8	260
- somatomorfo autonómico (del), F45.3	235
- - órgano especificado, * F45.38	237
- - sistema cardiovascular y corazón, F45.30	237
- - sistema genitourinario, F45.34	237
- - sistema respiratorio, F45.33	237
- - tracto gastrointestinal alto, F45.31	237
- - tracto gastrointestinal bajo, F45.32	237
Dislalia (del desarrollo), F80.0	309
Dislexia (del desarrollo), F81.0	314
Dismorfofobia (no delirante), F45.2	234



	Página
- delirante, F22.8	172
Disociativo, trastorno, F44.5	229
- especificado, *F44.88	231
- mixto, F44.7	230
- motor, F44.4	228
- transitorio, en la infancia y la adolescencia, F44.82	231
Disolventes volátiles,	
- estado de abstinencia, F18.3	154
- intoxicación aguda, F18.0	153
Dispareunia, no orgánica, F52.6	259
Dispraxia, del desarrollo, F82	318
Dispepsia, psicógena, F45.31	237
Disomnia, F51	249
Distimia, F34.1	203
Disuria psicógena, F45.34	237
Dolor, trastorno persistente somatomorfo, F45.4	237
Dorsalgia, psicógena, F45.4	237
Elaboración psicológica de síntomas somáticos, F68.0	296
Embriaguez aguda, en alcoholismo, F10.0#	133
Encefalitis, subaguda, VIH, F02.4#	104
Encefalopatía	
- VIH, F02.4#	104
- post-comocional, F07.2	115
Encopresis, de origen no orgánico, F98.1	355
Enfermedad (de)	
- Alzheimer, F00, #	98
- Creutzfeld-Jakob, F02.1#	102
- Huntington, F02.2#	103
- Parkinson, F02.3#	103
- Pick, F02.0	102
Enuresis (primaria) (secundaria)	
- funcional, F98.0	355
- origen no orgánico, F98.0	355
- psicógena, F98.0	355
Epilepsia límbica, síndrome de la personalidad de, F07.0	113
Episodio	
- delecto, específico, F81.1	315
- disocial agresivo, F91.1	339
- estrés postraumático, F43.1	221
- funcionamiento social	
- - especificado, * F94.8	352



	Página
- - retracción y timidez debido a deficiencias en la competencia social, F94.8	352
- hipomaníaco, F30.0	185
- maníaco, F30.9	188
- - deseo, hipoactivo, F52.0	255
- - maduración, F66.0 [#]	295
- - preferencias, F65.9	294
- - - especificado, * F65.8	294
- - relaciones, F66.2 [#]	295
- rivalidad entre hermanos, F93.3	345
- somatización, F45.0	232
- somatomorfo, F45.9	238
- - dolor, persistente, F45.4	237
- - especificado, * F45.8	238
- - indiferenciado, F45.1	234
- sueño	
- - emocional, F51.9	253
- - no orgánico, F51.9	253
- - - especificado, * F51.8	253
- tic, F95.9	354
- - combinado múltiple motor y fonatorio, F95.2	354
- - crónico	353
- - - fonatorio local, F95.1	353
- - - motor, F95.1	353
- - especificado, * F95.8	354
- - transitorio, F95.0	353
- trance y posesión, F44.3	227
Esquizofrenia, F20.9[#]	169
- aguda, indiferenciada, F23.2 [#]	175
- atípica, F20.3 [#]	165
- catatónica, F20.2 [#]	164
- cenestopática, F20.8 [#]	168
- cíclica, F25.2	178
- crónica, indiferenciada, F20.5 [#]	166
- desorganizada, F20.1 [#]	164
- específica, * F20.8 [#]	168
- hebefrénica, F20.1 [#]	163
- indiferenciada, F20.3 [#]	165
- latente, F21	169
- límite, F21	169
- parafrénica, F20.0 [#]	163
- paranoide, F20.0 [#]	163



	Página
- prepsicótica, F21	169
- prodrómica, F21	169
- pseudoneurótica, F21	169
- pseudopsicopática, F21	169
- residual, F20.5 [#]	166
- simple, F20.6 [#]	167
Esquizofrénico	
- catalepsia, F20.2 [#]	164
- catatónico, F20.2	164
- flexibilidad cerea, F20.2	164
- reacción, latente, F21	169
- restzustand, F20.5 [#]	166
Esquizofreniforme	
- trastorno orgánico, F06.2	109
- trastorno psicótico agudo (ver trastorno psicótico)	
Esquizofreniforme, trastorno, F20.8[#]	168
- breve, F23.2	174
Esquizoide	
- trastorno de la infancia, F84.5	328
- trastorno de la personalidad, F60.1	270
Esquizotípico	169
Esquizotípico, trastorno de personalidad, F21	169
Estereotipados movimientos, patologías (autoinfligidas), F98.4	358
Estrés	
- reacción, F43.9	225
- - agudo, F43.0	220
- - especificado, * F43.8	225
- trastorno, postraumático, F43.1	221
Estupor	
- catatónico, F20.2 [#]	164
- depresivo, F32.3	197
- disociativo, F44.2	227
- maníaco, F30.2	187
Exhibicionismo, F65.2	291
Eyacuación precoz, F52.4	258
Factores psicológicos y del comportamiento	
- asociado con trastornos o enfermedades clasificadas en otro lugar, F54	261
- que afectan a las condiciones físicas, F54	262
Fallo de la respuesta genital, F52.2	256
Farfalleo, F98.6	359
Fatiga	



	Página
- combate, F43.0	221
- síndrome, F48.0	239
Fetichismo, F65.0	290
- transvestista, F65.1	291
Fingimiento de síntomas e incapacidades (física) (psicológica), F68.1	297
Flatulencia psicógena, F45.32	237
Fobia, F40.9	213
- animales, F40.2	212
- específica (aislada), F40.2	212
- simple, F40.2	212
- social, F40.1	211
Fóbico	
- ansiedad (reacción), (trastorno), F40.9	213
- - especificado, * F40.8	213
- estados, F40.9	213
Folie à deux, F24	176
Frigidez, F52.0	255
Frigofobia, F40.2 (ver Pa-leng)	368
Froteurismo, F65.8	294
Fuga, disociativa, F44.1	226
Ganser, síndrome de, F44.80	230
Gerstmann, síndrome, del desarrollo, F81.2	316
Gilles de la Tourette, síndrome de, F95.2	354
Hebefrenia, F20.1[#]	163
Heller, síndrome de, F84.3	325
Hipercinético, trastorno, F90.9	336
- conducta, F90.1	335
- especificado, * F90.8	336
Hiperemesis gravídica, psicógena, F50.5	248
Hiperfagia (asociada con)	
- psicógena, F50.4	248
- trastornos psicológicos, especificada, * F50.4	248
Hipersomnia no orgánica, F51.1	250
Hiperventilación psicógena, F45.33	237
Hipnóticos	
- estado de abstinencia, F13.3	144
- intoxicación aguda, F13.0	143
Hipo psicógeno, F45.31	237
Hipocondriasis, F45.2	234
Hipomanía, F30.0	185
Histeria, F44[#]	225



	Página
- ansiedad, F41.8#	218
- conversión, F44#	225
- del ártico, F44.88 (ver Pibloktoq)	369
Hospital, síndrome de peregrinaje, F68.1	297
Hospitalismo, en niños, F43.28	223
Hungtinton, corea o enfermedad, F02.2#	103
Hurgarse el ojo, estereotipado, autoinfligido, F98,4	358
Idiocia, F73#	303
Imbecilidad, F71#	303
Impotencia (sexual) (psicógena), F52.2	256
Incapacidad	
- adquisición del conocimiento, F81.9#	317
- aprendizaje, F81.9#	317
Incontinencia de origen no orgánico	
- heces, F98.1	355
- orina, F98.0	354
Insomnio, no orgánico, F51.0	249
Institucional, síndrome, F94.2	352
Intoxicación, aguda (debida a)	
- alcohol, F10.0#	133
- alucinógenos, F16.0#	150
- cannabinoides, F12.0#	142
- cocaína, F14.0#	145
- disolventes volátiles, F18.0#	153
- drogas múltiples, F19.0#	154
- estimulantes, * F15.0#	148
- hipnóticos, F13.0#	143
- opioides, F11.0#	140
- sedantes, F13.0#	143
- sustancias psicoactivas, * F19.0#	154
- tabaco, F17.0#	152
Juego	
- compulsivo, F63.0	284
- patológico, F63.0	284
Kanner, síndrome de, F84.0	320
Koro, síndrome de, F48.8	368
Laleo, F80.0	309
Landau-Kleffner, síndrome de, F80.3	312
Latah, síndrome de, F48.8	368
Lectura	
- inversa, F81.0	314



	Página
- retraso, específico, F81.0	314
- trastorno específico, F81.0	314
- - con dificultad de deletreo, F81.0	315
Lenguaje, trastorno del desarrollo del, F80.9	313
Límite, personalidad (trastorno), F60.3	273
Lobotomía, síndrome de, F07.0	113
Mal de Ojo, síndrome del, (F45.8)	377
“Mal viaje” (debido a alucinaciones), F16.0	123
Manía, F30.9	188
- con síntomas psicóticos, F30.2	187
- sin síntomas psicóticos, F30.1	186
Marihuana, (ver Cannabinoides)	
Masoquismo, F65.5	293
Masturbación, excesiva, F98.8	359
Melancolía	194
Micción, aumento de frecuencia, psicógena, F45.34	237
Mordeduras autolesivas estereotipadas, F98.4	358
Moron, F70#	302
Muina, síndrome de la, F45.8	379
Munchhausen, síndrome de, F68.1	297
Mutismo	
- electivo, F94.0	350
- selectivo, F94.0	350
Necrofilia, F65.8	294
Nervios, síndrome de, F45.1	234
- ataque de, F98.8	371
Neurastenia, F48.0	238
Neurosis	
- anancástica, F42	218
- carácter, F60.9	280
- cardíaca, F45.30	237
- compensación, F68.0	296
- depresiva, F34.1	203
- gástrica, F45.31	237
- hipocondriaca, F45.2	235
- obsesiva, F42	218
- obsesiva-compulsiva, F42	218
- ocupacional, F48.8	240
- psicasténica, F48.8	240
- social, F40.1	211
- traumática, F43.1	221



	Página
Nevada, síndrome de la, F39.0	380
Nicotina, (ver tabaco)	152
Ninfomanía, F52.7	260
Niño torpe, síndrome, F82	318
Nosofobia, F45.2	234
Obsesivo	218
- neurosis, F42	218
- pensamientos y actos, mixto, F42.2	220
- pensamientos, F42.0	218
- rituales, F42.1	218
- rumiaciones, F42.0	218
Obsesivo-compulsivo	220
- neurosis, F42	218
- trastorno, F42.9	220
- - especificado, * F42.8	220
Oligofrenia (ver retraso, mental)	
Oneirofrenia, F23.2	174
Onicofagia, F98.8	359
Orgasmo, inhibido (hombre) (mujer), F52.3	257
Orgásmica, disfunción, F52.3	257
Orientación sexual egodistónica, F66.1#	295
Opiáceos	
- estado de abstinencia, F11.3	142
- intoxicación aguda, F11.0	140
- uso nocivo, F11.1	141
- síndrome de dependencia, F11.2	141
Paidofilia, F65.4	292
Pa-leng, F40.2 (ver frigofobia)	212
Paje, síndrome del, F44.3	227
Pánico	
- ataque, F41.0	213
- trastorno, F41.0	213
Parafilia, F65.9	294
Parafrenia (tardía), F22.0	170
Parálisis de los miembros	
- histérico, F44.4	228
- psicógeno, F44.4	228
Paranoia, F22.0	170
- alcohólica, F10.5	137
- querulante, F22.8	172
Paranoide	



	Página
- esquizofrenia, F20.0#	163
- estado, F22.0	170
- - involutiva, F22.8	172
- personalidad, F60.0	269
- psicosis, F22.0	170
Parasomnia, F51	249
Parkinson, enfermedad de, F02.3#	103
Parkinsonismo-demencia, complejo de UAM, F02.8#	104
Patológico	
- incendio, F63.1	285
- juego, F63.0	284
- robo, F63.2	285
Pérdida de	
- apetito, psicógeno, F50.8	249
- deseo sexual, F52.0	254
Peregrinaje, del paciente, F68.1	297
Persistente somatomorfo, trastorno de dolor, F45.4	237
Personalidad	
- cambio persistente (no debido a daño o enfermedad cerebral) F62.9	284
- - duelo, F62.8	283
- - enfermedad psiquiátrica, F62.1	282
- - especificado, * F62.8	283
- - experiencia catastrófica, F62.0	280
- síndrome, dolor crónico, F62.8	283
- trastorno, F60.9	280
-- afectiva, F34.0	202
-- agresiva, F60.30	273
-- amoral, F60.2	271
-- anancástica, F60.5	275
-- ansiosa, F60.6	276
-- antisocial, F60.2	271
-- asocial, F60.2	271
-- compulsiva, F60.5	275
-- del comportamiento (adulto), F69	297
- - - especificado, * F68.8	297
-- dependiente, F60.7	297
-- depresiva, F34.1	203
-- derrotista, F60.7	277
-- descontrolada, F60.8	277
-- disocial, F60.2	271
- - especificada, * F60.8	277



	Página
-- esquizoide, F60.1	270
-- esquizotípica, F21	270
-- esténica, F60,7	277
-- evitativa, F60.6	276
-- excéntrica, F60.8	277
-- explosiva, F60.30	273
-- fanática, f60.0	269
-- histérica, F60.4	274
-- histriónica, F60.4	274
-- inadecuada, F60.7	277
-- inmadura, F60.8	277
-- inestable emocional	
--- tipo impulsiva, F60.30	273
--- tipo límite, F60.31	273
-- límite, F60.31	273
-- molesta, F61.1	280
-- múltiple, F44.81	230
-- narcisista, F60.8	277
-- obsesiva, F60.5	275
-- obsesivo-compulsiva, F60.5	275
-- orgánica, debido a enfermedad, daño o disfunción cerebral, F07.9	116
--- especificada, * F07.8	116
-- paranoide expansiva, F60.0	269
-- paranoide, F60.0	269
-- pasiva, F60.7	277
-- pasivo-agresiva, F60.8	277
-- patológica, F60.9	280
-- psicoinfantil, F60.4	274
-- psiconeurótica, F60.8	277
-- psicopática, F60.2	277
-- querulante, F60.0	269
-- sensitivo paranoide, F60.0	269
-- sociopática, F60.2	271
-- tipo mixto, F61.0	280
Pesadillas, F51.5	253
Pica	
- de la infancia	
- en adultos, de origen no orgánico, F50.8	249
Pibloktoq, F44.8 (ver histeria del ártico)	230
Pick, enfermedad de, F02.0#	102
Piloroespasmo, psicógeno, F45.3	235



	Página
Piromanía, F63.1	285
Piromanía, patológica, F63.1	285
Posesión, trastorno de, F44.3	227
Postconmocional	
- encefalopatía, F07.2	115
- síndrome, F07.2	115
Postrumático, síndrome cerebral, no psicótico, F07.2	115
Postconmocional, síndrome, F07.2	115
Postencefalitis, síndrome de, F07.1	114
Postesquizofrénica, depresión, F20.4#	165
Postleucotomía, síndrome de, F07.0	113
Psicalgia, F45.4	237
Psicastenia, F48.8	240
Psicopatía	
- autística, F84.5	328
- disminución de afecto (en la infancia), F94.2	352
Psicosíndrome, orgánico, F07.9	116
Psicosis, F29	179
- afectiva, F39	205
- - especificada, * F38.8	205
- alcohólica, F10.5	137
- alucinatoria, crónica, F28	178
- cicloide, F23.0	173
- - con síntomas de esquizofrenia, F23.1	174
- - - con estrés agudo, F23.11	475
- - - con estrés crónico, F23.10	475
- - sin síntomas de esquizofrenia, F23.0	173
- - - con estrés agudo, F23.01	461
- - - sin estrés agudo, F23.00	461
- depresiva reactiva, F32.2	196
- desintegrativa (de la infancia), F84.3	325
- epiléptica, F06.8	112
- esquizoaffectiva (ver trastorno, esquizoaffectivo)	
- esquizofreniforme, F20.8	168
- - breve, F23.2	174
- - - con estrés agudo, F23.21	176
- - - sin estrés agudo, F23.20	176
- - senil, F03#	105
- - tipo depresiva, F25.1	178
- - tipo maníaca, F25.0	177
- - afectiva, mixta, F25.2	178



	Página
- histérica, F44.8	230
- inducida, F24	176
- infantil, atípica, F84.1	322
- infantil, F84.0	320
- Korsakov (debida a) (ver síndrome, amnésico)	
- - no alcohólico, F04	105
- - sustancias psicoactivas, F19.6	154
- mixta, esquizofrénica y afectiva, F25.2	178
- no orgánica, F29	179
- orgánica, F09	117
- paranoide, F22.0	171
- presenil, F03#	105
- psicógena, F03#	105
- - depresiva, F32.3#	197
- - paranoide, F23.3#	175
- puerperal, F53.1	261
- senil, F03#	105
- simbiótica, F24	176
- - en la infancia, F84.3	325
- sintomática, F09	117
Reacción de adaptación	
- ansiedad, F41.1	215
- crisis , aguda, F43.0	220
- depresiva	
- - breve, F43.20	224
- - prolongada, F43.21	224
- - y ansiedad, mixta, F43.22	224
- duelo, F43.28	224
- esquizofrénica, F32.2#	476
- estrés agudo, F43.0	220
- estrés grave, F43.9	225
- - especificado, F43.8	225
- hiperkinética (de la infancia y adolescencia), F90.9	336
- paranoide, F23.3#	175
Reajuste genital, fallo de, F52.2	256
Rechazo sexual, F52.10	255
Respuesta genital, fallo de, F52.2	256
Restzustand, esquizofrénico, F20.5#	166
Retraso	
-específico de la lectura, F81.0	314
- - con rasgos autistas, F84.1	322



	Página
- específico del delecteo	315
- - con trastorno de la lectura, F81.0	315
- - sin trastorno de la lectura, F81.1	315
- mental, F79#	303
- - con rasgos autistas, F84.1	322
- - especificado, F78#	303
- - grave, F72#	303
- - leve, F70#	302
- - moderado, F71#	303
- - profundo, F73#	303
Retraso mental (ver mental, retraso)	
Rett, síndrome de, F84.2	324
Rinodactilomanía, F98.8	359
Ritmo circadiano invertido, psicógeno, F51.2	251
Ritmo nictameral, inversión psicógena del, F51.2	251
Rivalidad	
- entre iguales (no hermanos), F93.8	347
- hermanos, F93.3	345
Robo	
- en compañía (en trastorno del comportamiento), F91.2	340
- patológico, F63.2	285
Rumiación	
- obsesiva, F42.0	219
- trastorno de la infancia, F98.2	357
Sadismo (sexual), F65.5	293
Sadomasoquismo, F65.5	293
Satiriasis, F52.7	260
Sedantes, (ver hipnóticos)	143
Separación, ansiedad de, de la infancia, F93.0	343
Sexual	
- aversión, F52.10	255
- deseo, perdida o disminución, F52.0	254
- disfrute, ausencia de, F52.11	
- impulso excesivo, F52.7	260
- maduración, trastorno de, F66.0#	295
- orientación egodistónica, F66.1#	295
- preferencia, trastorno de, F65.9	294
- - especificado, F65.8	294
- - múltiple, F65.9	294
- rechazo, F52.10	255
- relaciones, trastorno de, F66.2#	295



	Página
Sexual, ausencia de	
- deseo, F52.0	254
- disfrute, F52.11	256
Shock	
- cultural, F43.28	224
- psíquico, F43.0	220
Shock cultural, F43.28	224
Síncope, psicogénico, F48.8	241
Síndrome	
- amnésico	
- - inducido por disolventes volátiles, F18.6	153
- - inducido por estimulantes, F15.6	148
- - inducido por sedantes, F13.6	143
- - inducido por sustancias psicoactivas, F19.6	130
- - orgánico (no alcohólico), F04	226
- Asperger, F84.5	328
- colon irritable, F45.32	237
- comportamental, asociado con disfunciones fisiológicas y factores somáticos, F59	419
- Da Costa, F45.30	237
- privación (ver estado, privación)	
- dependencia	
- - alcohol, F10.2#	135
- - alucinógenos, F16.2#	150
- - cafeína, F15.2#	148
- - cannabinoides, F12.2#	142
- - cocaína, F14.2	145
- - disolventes volátiles, F18.2#	153
- - estimulantes, F15.2#	148
- - hipnóticos, F13.2#	143
- - múltiples drogas, F19.2#	154
- - opioides, F11.2#	141
- - sedantes, F13.2#	143
- - sustancias psicoactivas, F19.2#	154
- - tabaco, F17.2#	152
- depresión alcohólica, F10.3#	135
- - inducida por alucinógenos, F16.6	150
- - inducida por cannabinoides, F12.6	142
- - inducida por hipnóticos, F14.6	144
- - inducida por múltiples drogas, F19.6	154
- - inducida por opioides, F11.6	141



	Página
- despersonalización-desrealización, F48.1	240
- Dhat, F48.8	241
- diarrea, F45.32	237
- fatiga, F48.0	238
- Ganser, F44.80	230
- Gerstmann, del desarrollo, F81.2	316
- Heller, F84.3	325
- hipercinético, F90.9	336
- institucional, F94.2	352
- Kanner, F84.0	320
- Korsakov	
- - alcohólico, F10.6	138
- - no alcohólico, F04	105
- Landau Kleffner, F80.3	312
- lobotomía, F07.0	113
- lóbulo frontal, F07.0	113
- múltiples quejas, F45.0	232
- Munchhausen, F68.1	297
- niño torpe, F82	318
- peregrinaje hospitalario, F68.1	297
- personalidad de dolor crónico, F62.8	283
- personalidad, epilepsia límbica, F07.0	113
- post-traumático cerebral, no psicótico, F07.2	115
- postconcusional, F07.2	115
- postencefálico, F07.1	114
- postleucotomía, F07.0	113
- Rett, F84.2	324
- Tourette, F95.2	354
Síndrome del lóbulo frontal, F07.0	113
Síntomas	
- físicos	
- - elaboración de, F68.0	296
- - fingimiento de, F68.1	297
- psicológicos, fingimiento de, F68.1	297
Síntomas físicos, elaboración de, F68.0	296
Somatización, trastorno de, F45.0	232
Somatomorfo, disfunción autonómica (ver disfunción somatomorfa autonómica)	
Somatomorfo, trastorno	
Sonambulismo, F51.3	251
- social, fobia, F40.1	369



	Página
Sordera, F80.2	311
Sordera psicógena, F44.6	229
Subnormalidad (ver retraso mental)	
Succión del pulgar, F98.8	359
Sueño	
- inversión del ritmo, psicogénico, F51.2	251
- terrores, F51.4	252
- trastorno, F51.9	253
- - especificado, F51.8	253
- - sueño ansioso, F51.5	253
Susto, síndrome de, F45.1	381
Tabaco,	
- estado de abstinencia, F17.3	152
- intoxicación aguda, F17.3	152
Taijin kyofusho, F40.1 (ver antropofobia)	369
Tartamudeo, F98.5	359
Terrores nocturnos, F51.4	252
Tic, trastorno	
Tos psicógena, F45.33	237
Tourette, síndrome de, F95.2	354
Trance (y posesión), trastorno, F44.3	369
Transvestismo, fetichismo, F65.1	291
Transexualismo, F64.0	287
Transvestismo	
- doble rol, F64.1	287
- fetichista, F65.1	291
Transvestismo fetichista, F65.1	291
Trastorno (Ver el término correspondiente para cada trastorno específico)	
- mental	
Tricotilomanía, F63.3	286
Ufufuyane, F44.3	369
Uqamairineq, F44.88	370
Uso nocivo de	
- alcohol, F10.1	135
- alucinógenos, F16.1	150
- cafeína, F15.1	148
- cannabinoides, F12.1	142
- cocaína, F14.1	145
- disolventes volátiles, F18.1	153
- estimulantes, F15.1	148



	Página
- hipnóticos, F13.1	143
- múltiples drogas, F19.1	154
- opioides, F11.1	141
- sedantes, F13.1	143
- sustancias psicoactivas, F19.1	154
- tabaco, F17.1	152
Vaginismo no orgánico, F25.5	258
VIH	
- encefalitis subaguda, F20.4	165
Encefalopatía, F02.4[#]	104
Vínculo, en la infancia, trastorno del	
Voyeurismo, F65.3	292
Wernicke, afasia del desarrollo de,	
Windigo, F68.8	370
Zoofobia, F40.2	212
Zoofilia	



Se agradece el auspicio desinteresado para la publicación de este volumen proveído por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” y Laboratorios Roemmers.

GLADP-VR



Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico

Versión Revisada

Agradecimiento especial
al valioso y desinteresado auspicio de:

