

GUADIP-VR

# Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico

*Versión Revisada de Bolsillo*

apal



Asociación Psiquiátrica  
de América Latina

Sección de Diagnóstico y Clasificación

2017



**apal**

**GLADP-VR**

# Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico

---

*Versión Revisada  
de Bolsillo*

Asociación Psiquiátrica  
de América Latina

---

Sección de Diagnóstico y Clasificación

---

2017



apal

GLADP-VR

# Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico

*Versión Revisada de Bolsillo*

**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](mailto:webmaster@insm.gob.pe)

**Responsables de la Edición:** Javier E. Saavedra (Coordinador, [jesaavedra@outlook.es](mailto:jesaavedra@outlook.es)), Juan Mezzich (Director Académico, [juanmezzich@aol.com](mailto:juanmezzich@aol.com)), Ihsan Salloum (Asesor de Investigaciones, [ihsansalloum@gmail.com](mailto:ihsansalloum@gmail.com)), Elvia Velásquez ([elvel10@yahoo.es](mailto:elvel10@yahoo.es)), José Brítez ([jbritez1@gmail.com](mailto:jbritez1@gmail.com)). Sección de Clasificación y Diagnóstico de APAL.

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

Teléfono: (511) 6149201, Coordinación Editorial: [jesaavedra@outlook.es](mailto:jesaavedra@outlook.es)

Edición original de la GLADP, 2004

Primera edición de la GLADP-VR, 2012 (versión original)

Primera edición de la GLADP-VR-B, 2017 (versión original de bolsillo)

Primera edición de la GLADP-VR-B, 2017 (versión electrónica pdf)

Corrector de estilo: Vilma Paz Schaeffer

Diagramación y diseño de carátula: Milagros Ramírez

Publicación electrónica disponible en: <http://www.insm.gob.pe/>

ISBN: 978-9972-9026-4-2

## 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 caso de preguntas y comentarios comunicarse con el Coordinador de la GLADP-VR-B, Dr. Javier Saavedra ([jesaavedra@outlook.es](mailto:jesaavedra@outlook.es)), Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi", Lima, Perú**

# TABLA DE CONTENIDO

Plantel

Introducción

Uso de la Guía

Parte I.	Evaluación y Formulación Diagnóstica y Plan de Atención Clínica	
Parte II.	Clasificación de Trastornos Mentales basada en la CIE-10	
	A.	Introducción
	B.	Lista de Categorías Diagnósticas
	C.	Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones, Criterios Diagnósticos y Anotaciones Latinoamericanas:
	F00-F09	Trastornos Mentales Orgánicos, Incluyendo los Sintomáticos
	F10-F19	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Sustancias Psicoactivas
	F20-F29	Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastornos Delirantes
	F30-F39	Trastornos del Humor (Afectivos)
	F40-F48	Trastornos Neuróticos, Trastornos Relacionados con el Estrés y Trastornos Somatomorfos
	F50-F59	Síndromes del Comportamiento Asociados con Alteraciones Fisiológicas y Factores Físicos
	F60-F69	Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento en Adultos
	F70-F79	Retraso Mental
	F80-F89	Trastornos del Desarrollo Psicológico
	F90-F98	Trastornos Emocionales y del Comportamiento que Aparecen Habitualmente en la Niñez y en la Adolescencia
	F99	Trastorno Mental No Especificado en Otro Lugar
	D.	Síndromes Culturales Latinoamericanos

---

## ANEXOS:

Anexo 1.	Caso Clínico Ilustrado
Anexo 2.	Condiciones Seleccionadas de Otros Capítulos de la CIE-10, frecuentemente asociadas con Alteraciones Mentales y del Comportamiento
Anexo 3.	Instrumentos de Evaluación
Anexo 4.	Cuestionario sobre Identidad, Experiencias y Expectativas sobre la Salud

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

## ÍNDICE ALFABÉTICO DE MATERIAS

---

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

## COMITÉ EJECUTIVO

Ángel Otero Ojeda (Cuba) Presidente  
Javier E. Saavedra (Perú)  
Coordinador  
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 Lolos (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 ORGANICOS

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 (C  
uba)  
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 Rubineti (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 Rojas 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 Lolás Stepke (Chile)

**PLANTEL DE LA  
GUÍA LATINOAMERICANA DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO,  
VERSIÓN REVISADA DE BOLSILLO  
(GLADP-VR-B)**

---

**COMITÉ EJECUTIVO**

Javier E. Saavedra (Perú)  
Coordinador  
Elvia Velásquez (Colombia)  
Miembro  
José Brítez (Paraguay) Miembro  
Juan E. Mezzich (Perú/USA)  
Director Académico  
Ihsan Salloum (Venezuela/USA)  
Asesor Científico

**COLABORADORES DE LA  
GLADP-VR-B**

**DIAGNÓSTICO INTEGRAL  
PERSONALIZADO**

**Juan E. Mezzich (Perú / USA)**  
Coordinador  
**Ihsan Salloum (Venezuela/USA)**  
Coordinador  
Humberto Castillo (Perú)  
Alejandra Inés Maddocks  
(Argentina)  
Javier E. Saavedra (Perú)

**TRASTORNOS MENTALES  
ORGANICOS**

**Vilma Paz (Perú) Coordinadora**  
Sonia Zevallos Bustamante (Perú)

**TRASTORNOS DEBIDOS AL  
CONSUMO DE SUSTANCIAS**

**Elvia Velásquez (Colombia)**  
Coordinadora  
**Ihsan Salloum (USA)**  
Coordinador  
Antonio Jesús Caballero Moreno  
(Cuba)  
Ricardo Ángel González Menéndez  
(Cuba)  
Martín Nizama Valladolid (Perú)  
Alfredo Saavedra Castillo (Perú)

**TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS,  
ESQUIZOTÍPICOS Y  
DELUSIONALES**

**Ybeth Luna (Perú) Coordinadora**  
Enrique Galli (Perú)  
Julio Huamán (Perú)  
Roger Montenegro (Argentina)

Manuel Ponce (Perú)  
Juan Carlos Stagnaró (Argentina)

**Trastornos del Humor  
(Afectivos)**

**Enrique Galli (Perú)**  
Coordinador  
Kathia Butrón (Bolivia)  
Julio Huamán (Perú)  
Myleen Madrigal Solano (Costa  
Rica)  
Vilma Paz (Perú)  
Javier E. Saavedra (Perú)

**TRASTORNOS NEURÓTICOS,  
RELACIONADOS CON EL ESTRÉS  
Y SOMATOMORFOS**

**Víctor Cruz (Perú) Coordinador**  
Alexis Lorenzo (Cuba)  
Alejandra Inés Maddocks  
(Argentina)  
Reina Rodríguez (Cuba)  
Javier E. Saavedra (Perú)  
Josué Veloz (Cuba)

**TRASTORNOS ASOCIADOS A  
DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y  
A FACTORES FÍSICOS**

**Graciela Beatriz Onofrio  
(Argentina) Coordinadora**  
Fernando Lolas (Chile)  
Rolando Pomalima (Perú)  
Alfredo Saavedra (Perú)

**TRASTORNOS DE LA  
PERSONALIDAD Y DEL  
COMPORTAMIENTO ADULTO**

**Nestor Koldobsky (Argentina)**  
Coordinador  
David Haro Bruyat (Perú)

**RETRASO MENTAL Y  
TRASTORNOS DEL DESARROLLO  
PSICOLÓGICO**

**Horacio Benjamín Vargas Murga  
(Perú) Coordinador**  
Maria Eugenia López Parravicini  
(Bolivia)  
Luis Matos Retamozo (Perú)  
Gabriela Serrudo Loayza (Bolivia)

**TRASTORNOS DE COMIENZO  
HABITUAL EN LA INFANCIA Y  
ADOLESCENCIA**



**Enrique Macher Ostolaza (Perú)**

**Coordinador**

Carlos Berganza (Guatemala)

July Caballero (Perú)

Alfredo Saavedra Castillo (Perú)

Horacio Benjamín Vargas Murga  
(Perú)

**SÍNDROMES CULTURALES**

**José Brítez Cantero (Paraguay)**

**Coordinador**

**Humberto Castillo (Perú)**

**Coordinador**

David Huanambal (Argentina)

Américo Reyes (Honduras)

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

José Brítez (Paraguay)

**GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Fernando Lolas Stepke (Chile)

## INTRODUCCIÓN

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Versión Revisada de Bolsillo (GLADP-VR-B) representa un esfuerzo para ofrecer a los clínicos de una herramienta de uso cotidiano que facilite el quehacer diagnóstico al lado de paciente. Además esta versión incluye en varias de las categorías breves comentarios de la perspectiva del DSM-5 frente a éstos diagnósticos y una actualización de la formulación diagnóstica integral e instrumentos de evaluación diagnóstica sugeridos. La GLADP-VR-B incluye 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 y colabora en la formulación de un modelo diagnóstico integral centrado en la persona e incluyendo anotaciones a la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, con base en la realidad, cultura y necesidades latinoamericanas.

En este sentido, la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), a través de su Sección de Diagnóstico y Clasificación, ha desarrollado la GLADP-VR-B, lo cual representa para América Latina la oportunidad de contribuir protagónicamente en estos procesos de desarrollo internacional.

La GLADP-VR-B 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-B es también un paso previo a la preparación y publicación de la segunda edición de la GLADP en el 2018 en concordancia con la CIE-11.

### **IMPORTANCIA DE LA CLASIFICACIÓN Y DEL DIAGNÓSTICO SISTEMÁTICO EN PSQUIATRÍA:**

El diagnóstico psiquiátrico ha sido siempre motivo de controversias, entre otras razones, por su escasa confiabilidad y la consecuente poca validez (Stengel, 1959). Esto motivó desarrollos cruciales para la psiquiatría en el área del diagnóstico y la clasificación e influenció en el origen de propuestas como la de Feighner y el grupo de la Universidad de Washington en San Luis, Missouri hace 40 años (Feighner et al., 1972) con la publicación de 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).

En 1980 la clasificación norteamericana (American Psychiatric Association, 1968, 1980) incorpora en el modelo diagnóstico refinamientos metodológicos importantes. Tales refinamientos incluyeron, 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.

### **EL ÉNFASIS EN LA FIABILIDAD**

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. 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**

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. Este es un aspecto metodológico importante en el desarrollo científico de la psiquiatría y ha recibido una creciente atención en el 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 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?**

Los sistemas de clasificación existentes, 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, debido entre otras cosas a que los propósitos de la clasificación internacional van dirigidos a objetivos estadísticos y a la necesidad de mantener un criterios universal con menos espacio para la singularidad.

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 ateorico 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-VR no es, 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. La GLADP-VR fue el primer paso a una segunda edición de la GLADP planificada para el 2018 de acuerdo con la aparición de la CIE-11, su objetivo principal fue la revisión de las anotaciones latinoamericanas, la incorporación de un nuevo modelo de diagnóstico integral y la presentación de sugerencias para futuras clasificaciones. El objetivo de la GLADP-VR de Bolsillo (GLADP-VR-B) ha sido la de generar una versión que pueda acompañar al clínico en su actividad clínica rutinaria en forma rápida incorporando herramientas de evaluación breves y comentarios a la última clasificación americana, el DSM-5. La labor principal de esta versión se ha llevado a cabo a través de grupos de trabajos alrededor de 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

Para el desarrollo de la GLADP-VR-B 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.	Evaluación y Formulación Diagnóstica y Plan de Atención Clínica.
Parte II.	Clasificación de Trastornos Mentales basada en la CIE-10
	A. Introducción.
	B. Lista de categorías diagnósticas
	C. Trastornos mentales de la CIE-10, con anotaciones latinoamericanas y comentarios al DSM-5.
	D. Síndromes culturales
Anexos:	
Anexo 1	Caso clínico ilustrativo
Anexo 2	Condiciones Seleccionadas de Otros Capítulos de la CIE-10, frecuentemente asociadas con Trastornos Mentales y del Comportamiento
Anexo 3	Instrumentos de evaluación
	Bibliografía
	Índice alfabético de materias

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

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Versión Revisada de Bolsillo (GLADP-VR-B), 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 académico y una introducción conceptual de la Guía, esta despliega la Formulación Diagnóstica Integral Personalizada y el Plan de Atención Clínica. Estas pretenden 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-B 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-B.



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-B, 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.



*EVALUACIÓN Y  
FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA Y  
PLAN DE ATENCIÓN CLÍNICA*



### INTRODUCCIÓN

Tanto en la versión original de la GLADP cuanto en esta versión revisada de bolsillo, 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, así como cuales son los valores, expectativas y preferencias del paciente para la atención clínica requerida.

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), los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de Trastornos Mentales, 4ta y 5ta Ediciones (DSM-IV, DSM-5) (American Psychiatric Association [APA], 1994, 2014), 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 comprehensivo 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 interprofesional 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.

### MODELO DIAGNÓSTICO DE LA GLADP-VR

El modelo diagnóstico de la GLADP-VR está 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 inglés 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; Salloum & Mezzich, 2011).

El modelo PID está 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 (Ver anexo 5). Esto se basa en una sumaria de la Formulación Cultural (experiencialmente descrita) y la adición de los valores, las necesidades y las preferencias del paciente (Mezzich, 2012b; Mezzich, in press; Kirmayer, Mezzich & Van Staden, in press). 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.

## **FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL** **(GLADP-VR, PID. 24 Agosto 2012)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Estado Civil: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

### **I: ESTADO DE SALUD**

**Trastornos Clínicos y Problemas Relacionados** (como se clasifican en la CIE-10).

A. Trastornos Mentales (trastornos mentales en general, de personalidad y desarrollo, y problemas personales relacionados):

	Códigos
--	---------

B. Condiciones Médico-Generales:

	Códigos
--	---------

**Funcionamiento de la Persona** (Use la escala siguiente para evaluar cada una de las áreas de funcionamiento)

Pésimo      Mínimo      Marginal      Aceptable      Sustancial      Óptimo  
 0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Áreas de Funcionamiento		Puntaje						
A	Cuidado personal	0	2	4	6	8	10	?
B	Ocupacional (empleo, estudiante, etc.)	0	2	4	6	8	10	?
C	Con la familia	0	2	4	6	8	10	?
D	Social en general	0	2	4	6	8	10	?

**Grado de Bienestar** (Indicar el nivel percibido por la persona, de pésimo a excelente, marcando uno de los 10 puntos en la línea de abajo directamente o con la ayuda de un instrumento apropiado).

Pésima \_\_\_\_\_ Excelente  
 0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

### **II. FACTORES INFLUYENTES SOBRE LA SALUD**

**Factores de Riesgo:**

- Peso Anormal   
  Hiper-colesterolemia   
  Hiperglicemia   
  Hipertensión   
  Tabaco   
  Alcohol  
 Antecedentes familiares psiquiátricos   
  Trauma infantil severo   
  Estrés duradero o severo

Información adicional: .....

**Factores Protectores/Promotores:**

- Dieta saludable   
  Actividad física   
  Actividad creativa   
  Participación social

Información adicional: .....

### **III. EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS SOBRE LA SALUD**

Identidad personal y cultural: .....

Sufrimiento (reconocimiento, expresiones de malestar, creencias sobre la enfermedad):

Experiencias y expectativas sobre atención a la salud: .....

.....





II

***CLASIFICACIÓN  
DE TRASTORNOS  
MENTALES***



A.

*Lista de Categorías  
Diagnósticas*





## LISTA DE CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
<b>F00-F09</b>	<b>TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS, INCLUIDOS LOS SINTOMÁTICOS</b>	
<b>F00</b>	<b>Demencia en la enfermedad de Alzheimer</b>	
F00.0	Demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo temprano	
F00.1	Demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo tardío	
F00.2	Demencia en la enfermedad de Alzheimer, atípica o de tipo mixto	
F00.9	Demencia en la enfermedad de Alzheimer, no especificada	
<b>F01</b>	<b>Demencia vascular</b>	
F01.0	Demencia vascular de comienzo agudo	
F01.1	Demencia vascular por infartos múltiples	
F01.2	Demencia vascular subcortical	
F01.3	Demencia vascular mixta, cortical y subcortical	
F01.8	Otras demencias vasculares	
F01.9	Demencia vascular, no especificada	
<b>F02</b>	<b>Demencia en enfermedades clasificadas en otra parte</b>	
F02.0	Demencia en la enfermedad de Pick	
F02.1	Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	
F02.2	Demencia en la enfermedad de Huntington	
F02.3	Demencia en la enfermedad de Parkinson	
F02.4	Demencia en la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	
F02.8	Demencia en enfermedades especificadas, clasificadas en otra parte	
<b>F03</b>	<b>Demencia no especificada</b>	
<p>Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la demencia de F00-F03:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>.X0 Sin síntomas adicionales</li> <li>.X1 Con predominio de ideas delusivas</li> <li>.X2 Con predominio de alucinaciones</li> <li>.X3 Con predominio de síntomas depresivos</li> <li>.X4 Con otros síntomas mixtos</li> </ul>		
<b>F04</b>	<b>Síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas</b>	
<b>F05</b>	<b>Delirium no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas</b>	
F05.0	Delirium no superpuesto a demencia	
F05.1	Delirium superpuesto a demencia	
F05.8	Otro delirium	
F05.9	Delirium, no especificado	
<b>F06</b>	<b>Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a Enfermedad Física</b>	

<b>Código</b>	<b>CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS</b>	<b>Página</b>
---------------	---	---------------

- F06.0 Alucinosis orgánica
- F06.1 Trastorno catatónico, orgánico
- F06.2 Trastorno delusivo [esquizofreniforme], orgánico
- F06.3 Trastornos del humor [afectivos], orgánicos
- F06.4 Trastorno de ansiedad, orgánico
- F06.5 Trastorno disociativo, orgánico
- F06.6 Trastorno de labilidad emocional [asténico], orgánico
- F06.7 Trastorno cognoscitivo leve
- F06.8 Otros trastornos mentales especificados debidos a lesión o disfunción cerebral, o a enfermedad física
- F06.9 Trastorno mental no especificado, debido a lesión o disfunción cerebral, o a enfermedad física

<b>F07</b>	<b>Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad o a lesión o disfunción cerebral</b>	
------------	---	--

- F07.0 Trastorno de la personalidad, orgánico
- F07.1 Síndrome postencefálico
- F07.2 Síndrome postconcusional
- F07.8 Otros trastornos orgánicos de la personalidad y del comportamiento, debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral
- F07.9 Trastorno orgánico de la personalidad y del comportamiento, no especificado, debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral

<b>F09</b>	<b>Trastorno Mental Orgánico o Sintomático, no Especificado</b>	
------------	---	--

**F10-F19 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Descripción General de los Síndromes de Cuarto Carácter

<b>Código</b>	<b>SÍNDROME</b>
---------------	-----------------

- .0 Intoxicación aguda
- .1 Uso nocivo (uso perjudicial)
- .2 Síndrome de dependencia
- .3 Estado de abstinencia
- .4 Estado de abstinencia con delirium
- .5 Trastorno psicótico
- .6 Síndrome amnésico
- .7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío
- .8 Otros trastornos mentales y del comportamiento
- .9 Trastorno mental y del comportamiento no especificado

<b>F10</b>	<b>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol</b>	
------------	---	--

- F10.0 Intoxicación aguda por alcohol
- F10.07 Intoxicación patológica por alcohol
- F10.1 Uso nocivo de alcohol
- F10.2 Síndrome de dependencia del alcohol
- F10.3 Estado de abstinencia por alcohol
- F10.4 Estado de abstinencia con delirium, debido al uso de alcohol
- F10.5 Trastorno psicótico debido al uso de alcohol
- F10.6 Síndrome amnésico debido al uso de alcohol

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F10.7	Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío debido al uso de alcohol	
F10.8	Otros trastornos mentales y del comportamiento especificados, debidos al uso de alcohol	
F10.9	Trastorno mental y del comportamiento debido al uso de alcohol, no especificado	
<b>F11</b>	<b>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos</b>	
F11.0	Intoxicación aguda por opiáceos	
F11.1	Uso nocivo de opiáceos	
F11.2	Síndrome de dependencia a opiáceos	
F11.3	Estado de abstinencia por opiáceos	
<b>F12</b>	<b>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides</b>	
F12.0	Intoxicación aguda por cannabinoides	
F12.3	Estado de abstinencia por cannabinoides	
<b>F13</b>	<b>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos</b>	
F13.0	Intoxicación aguda por sedantes o hipnóticos	
F13.3	Estado de abstinencia por sedantes o hipnóticos	
<b>F14</b>	<b>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína</b>	
F14.0	Intoxicación aguda por cocaína	
F14.3	Estado de abstinencia por cocaína	
<b>F15</b>	<b>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína</b>	
F15.0	Intoxicación aguda por otros estimulantes, incluida la cafeína	
F15.3	Estado de abstinencia por otros estimulantes, incluida la cafeína	
<b>F16</b>	<b>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos</b>	
F16.0	Intoxicación aguda por alucinógenos	
F16.3	Estado de abstinencia por alucinógenos	
<b>F17</b>	<b>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco</b>	
F17.0	Intoxicación aguda por tabaco (nicotina)	
F17.3	Estado de abstinencia por tabaco	
<b>F18</b>	<b>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles</b>	
F18.0	Intoxicación aguda por disolventes volátiles	
F18.3	Estado de abstinencia por disolventes volátiles	

Código

**CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS**

Página

**F19****Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas**

F19.0 Intoxicación aguda grave por múltiples drogas y por otras sustancias psicoactivas

**F20-F29 ESQUIZOFRENIA, TRASTORNOS ESQUIZOTÍPICOS Y TRASTORNOS DELUSIVOS****F20****Esquizofrenia**

F20.0 Esquizofrenia paranoide  
 F20.1 Esquizofrenia hebefrénica  
 F20.2 Esquizofrenia catatónica  
 F20.3 Esquizofrenia indiferenciada  
 F20.4 Depresión post-esquizofrénica  
 F20.5 Esquizofrenia residual  
 F20.6 Esquizofrenia simple  
 F20.8 Otras esquizofrenias  
 F20.9 Esquizofrenia, no especificada

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.x7 Episódica, en fase prodrómica  
 F20.x8 Otra forma de evolución  
 F20.x9 Forma de evolución indeterminada, período de observación demasiado breve

**F21****Trastorno esquizotípico****F22****Trastornos delusivos persistentes**

F22.0 Trastorno delusivo  
 F22.8 Otros trastornos delusivos persistentes  
 F22.9 Trastorno delusivo persistente no especificado

**F23****Trastornos psicóticos agudos y transitorios**

F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia  
 F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia  
 F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico  
 F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delusivas  
 F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios  
 F23.9 Trastorno psicótico agudo y transitorio no especificado

**F24****Trastorno delusivo inducido**

Código

**CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS**

Página

**F25 Trastornos esquizoafectivos**

- F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco
- F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo
- F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto
- F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos
- F25.9 Trastorno esquizoafectivo no especificado

**F28 Otros trastornos psicóticos de origen no orgánico****F29 Psicosis de origen no orgánico no especificada****F30-F39 TRASTORNOS DEL HUMOR [AFECTIVOS]****F30 Episodio Maníaco**

- F30.0 Hipomanía
- F30.1 Manía sin síntomas psicóticos
- F30.2 Manía con síntomas psicóticos
- F30.8 Otros episodios maníacos
- F30.9 Episodio maníaco, no especificado

**F31 Episodio Maníaco**

- F31.0 Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaníaco presente
- F31.1 Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente sin síntomas psicóticos
- F31.2 Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente con síntomas psicóticos
- F31.3 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado:
  - .30 Sin síndrome somático
  - .31 Con síndrome somático
- F31.4 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos
- F31.5 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos
- F31.6 Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente
- F31.7 Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión
- F31.8 Otros trastornos afectivos bipolares
  - F31.81 En fase prodrómica (maníaca)
  - F31.82 En fase prodrómica (depresiva)
- F31.9 Trastorno afectivo bipolar, no especificado

**F32 Episodio Depresivo**

- F32.0 Episodio depresivo leve:
  - .00 Sin síndrome somático
  - .01 Con síndrome somático
- F32.1 Episodio depresivo moderado:
  - .10 Sin síndrome somático
  - .11 CON SÍNDROME SOMÁTICO
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Página
F32.8	Otros episodios depresivos	
F32.9	Episodio depresivo no especificado	
<b>F33</b>	<b>Trastorno Depresivo Recurrente</b>	
F33.0	Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente:	
	.00 Sin síndrome somático	
	.01 Con síndrome somático	
F33.1	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente:	
	.10 Sin síndrome somático	
	.11 Con síndrome somático	
F33.2	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, sin síntomas psicóticos	
F33.3	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos	
F33.4	Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión	
F33.8	Otros trastornos depresivos recurrentes	
F33.9	Trastorno depresivo recurrente, no especificado	
<b>F34</b>	<b>Trastornos del Humor (Afectivos) Persistentes</b>	
F34.0	Ciclotimia	
F34.1	Distimia	
F34.8	Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes	
F34.9	Trastorno persistente del humor (afectivo), no especificado	
<b>F38</b>	<b>Otros Trastornos del Humor (Afectivos)</b>	
F38.0	Otros trastornos del humor (afectivos), aislados:	
	.00 Episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto	
F38.1	Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes:	
	.10 Episodios depresivos recurrentes breves	
F38.8	Otros trastornos del humor (afectivos), especificados	
<b>F39</b>	<b>Trastorno del Humor (Afectivo), no Especificado</b>	
<b>F40-F48</b>	<b>TRASTORNOS NEURÓTICOS, TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS</b>	
<b>F40</b>	<b>Trastornos Fóbicos de Ansiedad</b>	
F40.0	Agorafobia	
	.00 sin trastorno de pánico	
	.01 con trastorno de pánico	
F40.1	Fobias sociales	
F40.2	Fobias específicas (aisladas)	
F40.8	Otros trastornos fóbicos de ansiedad	
F40.9	Trastorno fóbico de ansiedad no especificado	
<b>F41</b>	<b>Otros Trastornos de Ansiedad</b>	
F41.0	Trastorno de pánico [Ansiedad paroxística episódica]	
F41.1	Trastornos de ansiedad generalizada	
F41.2	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	
F41.3	Otros trastornos de ansiedad mixtos	
F41.8	Otros trastornos de ansiedad especificados	
F41.9	Trastorno de ansiedad, no especificado	

<b>F42</b>	<b>Trastorno Obsesivo-Compulsivo</b>	
F42.0	Con predominio de pensamiento o rumiaciones obsesivas	
F42.1	Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)	
F42.2	Con actos e ideas obsesivos mixtos	
F42.8	Otros trastornos obsesivo-compulsivos	
F42.9	Trastorno obsesivo-compulsivo no especificado	
<b>F43</b>	<b>Reacción al Estrés Grave y Trastornos de Adaptación</b>	
F43.0	Reacción al estrés agudo	
F43.1	Trastorno de estrés post-traumático	
F43.2	Trastornos de adaptación	
	.20 Reacción depresiva breve	
	.21 Reacción depresiva prolongada	
	.22 Reacción mixta de ansiedad y depresión	
	.23 Con predominio de alteraciones de otras emociones	
	.24 Con predominio de alteraciones disociales	
	.25 Con alteración mixta de las emociones y disociales	
	.28 Otros trastornos de adaptación con síntomas predominantes especificados	
F43.8	Otras reacciones al estrés grave, especificadas	
F43.9	Reacción al estrés grave, no especificada	
<b>F44</b>	<b>Trastornos Disociativos (de Conversión)</b>	
F44.0	Amnesia disociativa	
F44.1	Fuga disociativa	
F44.2	Estupor disociativo	
F44.3	Trastornos de trance y de posesión	
F44.4	Trastornos disociativos del movimiento	
F44.5	Convulsiones disociativas	
F44.6	Anestesia disociativa y pérdida sensorial	
F44.7	Trastornos disociativos mixtos (y de conversión)	
F44.8	Otros trastornos disociativos (de conversión)	
	.80 Síndrome de Ganser	
	.81 Trastorno de personalidad múltiple	
	.82 Trastornos disociativos (de conversión) transitorios de la infancia o adolescencia	
	.88 Otro trastorno disociativo (de conversión) especificado	
F44.9	Trastorno disociativo [de conversión] no especificado	
<b>F45</b>	<b>Trastornos Somatomorfos</b>	
F45.0	Trastorno de somatización	
F45.1	Trastorno somatomorfo indiferenciado	
F45.2	Trastorno hipocondríaco	
F45.3	Disfunción autonómica somatomorfa	
	.30 del corazón y sistema cardiovascular	
	.31 del tracto gastrointestinal alto	
	.32 del tracto gastrointestinal bajo	
	.33 del sistema respiratorio	
	.34 del sistema urogenital	
	.38 de otros órganos o sistemas [otra disfunción vegetativa somatomorfa]	
F45.4	Trastorno de dolor persistente somatomorfo	
F45.8	Otros trastornos somatomorfos especificados	
F45.9	Trastorno somatomorfo no especificado	
<b>F48</b>	<b>Otros Trastornos Neuróticos</b>	



- F48.0 Neurastenia  
 F48.1 Síndrome de despersonalización y desvinculación de la realidad  
 F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados  
 F48.9 Trastorno neurótico no especificado

**F50-F59 SÍNDROMES DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS CON ALTERACIONES FISIOLÓGICAS Y FACTORES FÍSICOS**

**F50 Trastornos de la Conducta Alimentaria**

- F50.0 Anorexia nerviosa  
 F50.1 Anorexia nerviosa atípica  
 F50.2 Bulimia nerviosa  
 F50.3 Bulimia nerviosa atípica  
 F50.4 Hiperfagia asociada con otras alteraciones psicológicas  
 F50.5 Vómitos asociados con otras alteraciones psicológicas  
 F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria  
 F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria, no especificado

**F51 Trastornos no Orgánicos del Sueño**

- F51.0 Insomnio no orgánico  
 F51.1 Hipersomnio no orgánico  
 F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia  
 F51.3 Sonambulismo  
 F51.4 Terrores del sueño [terrores nocturnos]  
 F51.5 Pesadillas  
 F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño  
 F51.9 Trastorno no orgánico del sueño, no especificado

**F52 Disfunción Sexual, no Ocasionada por Trastorno ni Enfermedad Orgánicos**

- F52.0 Falta o pérdida del deseo sexual  
 F52.1 Aversión al sexo y falta de goce sexual  
     .10 Rechazo sexual  
     .11 Ausencia de placer sexual  
 F52.2 Falla de la respuesta genital  
 F52.3 Disfunción orgásmica  
 F52.4 Eyaculación precoz  
 F52.5 Vaginismo no orgánico  
 F52.6 Dispareunia no orgánica  
 F52.7 Impulso sexual excesivo  
 F52.8 Otras disfunciones sexuales, no ocasionadas por trastorno ni por enfermedad orgánicos  
 F52.9 Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni por enfermedad orgánicos, no especificada

**F53 Trastornos Mentales y del Comportamiento Asociados con el Puerperio, no Clasificados en Otra Parte**

- F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento leves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte  
 F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte  
 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 con Enfermedades Clasificadas en Otra Parte**

<b>F55</b>	<b>Abuso de Sustancias que no Producen Dependencia</b>	
------------	--	--

- F55.0 Antidepresivos
- F55.1 Laxantes
- F55.2 Analgésicos
- F55.3 Antiácidos
- F55.4 Vitaminas
- F55.5 Hormonas o sustancias esteroides
- F55.6 Hierbas o remedios populares
- F55.8 Otra sustancia
- F55.9 Sustancia no especificada

<b>F59</b>	<b>Síndromes del Comportamiento Asociados con Alteraciones Fisiológicas y Factores Físicos, no Especificados</b>	
------------	--	--

**F60-F69 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO**

<b>F60</b>	<b>Trastornos Específicos de la Personalidad</b>	
------------	--	--

- F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad
- F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad
- F60.2 Trastorno asocial de la personalidad
- F60.3 Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable
  - .30 Tipo impulsivo
  - .31 Tipo límite
- F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad
- F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad
- F60.6 Trastorno de la personalidad ansiosa (evasiva, elusiva)
- F60.7 Trastorno de la personalidad dependiente
- F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad
- F60.9 Trastorno de la personalidad, no especificado

<b>F61</b>	<b>Trastornos Mixtos y Otros Trastornos de la Personalidad</b>	
------------	--	--

- F61.0 Trastornos mixtos de la personalidad.
- F61.1 Variaciones problemáticas de la personalidad no clasificables en F60 o F62.

<b>F62</b>	<b>Cambios Perdurables de la Personalidad no Atribuibles a Lesión o a Enfermedad Cerebral</b>	
------------	---	--

- F62.0 Cambio perdurable de la personalidad después de una experiencia catastrófica
- F62.1 Cambio perdurable de la personalidad consecutivo a una enfermedad psiquiátrica
- F62.8 Otros cambios perdurables de la personalidad, especificados
- F62.9 Cambio perdurable de la personalidad, no especificado

<b>F63</b>	<b>Trastornos de los Hábitos y de los Impulsos</b>	
------------	--	--

- F63.0 Juego patológico (Ludomanía)
- F63.1 Píromanía
- F63.2 Hurto patológico [Cleptomanía]
- F63.3 Tricotilomanía
- F63.8 Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos, especificados
- F63.9 Trastorno de los hábitos y de los impulsos, no especificado

<b>F64</b>	<b>Trastornos de la Identidad de Género</b>	
------------	---	--

- F64.0 Transexualismo

- F64.1 Transvestismo de rol dual  
 F64.2 Trastorno de la identidad de género en la niñez  
 F64.8 Otros trastornos de la identidad de género, especificados  
 F64.9 Trastorno de la identidad de género, no especificado

<b>F65</b>	<b>Trastornos de la Preferencia Sexual</b>	
------------	--	--

- F65.0 Feticchismo  
 F65.1 Transvestismo feticchista  
 F65.2 Exhibicionismo  
 F65.3 Voyeurismo (Escoptofilia)  
 F65.4 Pedofilia  
 F65.5 Sadomasoquismo  
 F65.6 Trastornos múltiples de la preferencia sexual  
 F65.8 Otros trastornos de la preferencia sexual, especificados  
 F65.9 Trastorno de la preferencia sexual, no especificado

<b>F66</b>	<b>Trastornos Psicológicos y del Comportamiento Asociados con el Desarrollo y la Orientación Sexuales</b>	
------------	---	--

- F66.0 Trastorno de la maduración sexual  
 F66.1 Orientación sexual egodistónica  
 F66.2 Trastorno de la relación sexual  
 F66.8 Otros trastornos del desarrollo psicosexual, especificados  
 F66.9 Trastorno del desarrollo psicosexual, no especificado  
 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

<b>F68</b>	<b>Otros Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento en Adultos</b>	
------------	--	--

- F68.0 Elaboración de síntomas físicos por causas psicológicas  
 F68.1 Producción intencional o simulación de síntomas o de incapacidades, tanto físicas como psicológicas [trastorno facticio]  
 F68.8 Otros trastornos especificados de la personalidad y del comportamiento del adulto

<b>F69</b>	<b>Trastorno de la Personalidad y del Comportamiento en Adultos, no Especificado</b>	
------------	--	--

### **F70-F79 RETRASO MENTAL**

<b>F70</b>	<b>Retraso Mental Leve</b>	
------------	----------------------------	--

<b>F71</b>	<b>Retraso Mental Moderado</b>	
------------	--------------------------------	--

<b>F72</b>	<b>Retraso Mental Grave</b>	
------------	-----------------------------	--

<b>F73</b>	<b>Retraso Mental Profundo</b>	
------------	--------------------------------	--

<b>F78</b>	<b>Otros Tipos de Retraso Mental</b>	
------------	--------------------------------------	--

<b>F79</b>	<b>Retraso Mental no Especificado</b>	
------------	---------------------------------------	--

Cuarto dígito para indicar el grado de deterioro del comportamiento:

- F7x.0 Con deterioro del comportamiento mínimo o ausente
- F7x.1 Con deterioro del comportamiento importante que requiere atención o tratamiento
- F7x.8 Con otros deterioros del comportamiento
- F7x.9 Sin alusión al deterioro del comportamiento

**F80-F89 TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO**

<b>F80</b>	<b>Trastornos Específicos del Desarrollo del Habla y del Lenguaje</b>	
------------	---	--

- F80.0 Trastorno específico de la pronunciación
- F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo
- F80.2 Trastorno de la recepción del lenguaje
- F80.3 Afasia adquirida con epilepsia [Landau-Kleffner]
- F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje, especificados
- F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje, no especificado

<b>F81</b>	<b>Trastornos Específicos del Desarrollo de las Habilidades Escolares</b>	
------------	---	--

- F81.0 Trastorno específico de la lectura
- F81.1 Trastorno específico del deletreo [ortografía]
- F81.2 Trastorno específico de las habilidades aritméticas
- F81.3 Trastorno mixto de las habilidades escolares
- F81.8 Otros trastornos del desarrollo de las habilidades escolares, especificados
- F81.9 Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, no especificado

<b>F82</b>	<b>Trastorno Específico del Desarrollo de la Función Motriz</b>	
------------	---	--

<b>F83</b>	<b>Trastornos Específicos Mixtos del Desarrollo</b>	
------------	---	--

<b>F84</b>	<b>Trastornos Generalizados del Desarrollo</b>	
------------	--	--

- F84.0 Autismo en la niñez
- F84.1 Autismo atípico
- F84.2 Síndrome de Rett
- F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la niñez
- F84.4 Trastorno hiperactivo asociado con retraso mental y movimientos estereotipados
- F84.5 Síndrome de Asperger
- F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo, especificados
- F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo, no especificado

<b>F88</b>	<b>Otros Trastornos del Desarrollo Psicológico</b>	
------------	--	--

<b>F89</b>	<b>Trastorno del Desarrollo Psicológico, no Especificado</b>	
------------	--	--

**F90-F98 TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE APARECEN HABITUALMENTE EN LA NIÑEZ Y EN LA ADOLESCENCIA**

<b>F90</b>	<b>Trastornos Hiperkinéticos</b>	
------------	----------------------------------	--

- F90.0 Perturbación de la actividad y de la atención
- F90.1 Trastorno hiperkinético de la conducta

- F90.8 Otros trastornos hipercinéticos, especificados  
 F90.9 Trastorno hipercinético, no especificado

<b>F91</b>	<b>Trastornos de la Conducta</b>	
------------	----------------------------------	--

- F91.0 Trastorno de la conducta limitado al contexto familiar  
 F91.1 Trastorno de la conducta insociable  
 F91.2 Trastorno de la conducta sociable  
 F91.3 Trastorno opositor desafiante  
 F91.8 Otros trastornos de la conducta, especificados  
 F91.9 Trastorno de la conducta, no especificado

<b>F92</b>	<b>Trastornos Hipercinéticos</b>	
------------	----------------------------------	--

- F92.0 Trastorno depresivo de la conducta  
 F92.8 Otros trastornos mixtos de la conducta y de las emociones, especificados  
 F92.9 Trastorno mixto de la conducta y de las emociones, no especificado

<b>F93</b>	<b>Trastornos Emocionales de Comienzo Específico en la Niñez</b>	
------------	--	--

- F93.0 Trastorno de ansiedad de separación en la niñez  
 F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica en la niñez  
 F93.2 Trastorno de ansiedad social en la niñez  
 F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos  
 F93.8 Otros trastornos emocionales en la niñez, especificados  
 F93.9 Trastorno emocional en la niñez, no especificado

<b>F94</b>	<b>Trastornos del Comportamiento Social de Comienzo Específico en la Niñez y en la Adolescencia</b>	
------------	---	--

- F94.0 Mutismo electivo  
 F94.1 Trastorno de vinculación reactiva en la niñez  
 F94.2 Trastorno de vinculación desinhibida en la niñez  
 F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en niñez, especificados  
 F94.9 Trastorno del comportamiento social en la niñez, no especificado

<b>F95</b>	<b>Trastornos por Tics</b>	
------------	----------------------------	--

- F95.0 Trastorno por tic transitorio  
 F95.1 Trastorno por tic motor o vocal crónico  
 F95.2 Trastorno por tics motores y vocales múltiples combinados [de la Tourette]  
 F95.8 Otros trastornos por tics, especificados  
 F95.9 Trastorno de tic, no especificado

<b>F98</b>	<b>Otros Trastornos Emocionales y del Comportamiento que Aparecen Habitualmente en la Niñez y en la Adolescencia</b>	
------------	--	--

- F98.0 Enuresis no orgánica  
 F98.1 Encopresis no orgánica  
 F98.2 Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia y la niñez  
 E98.3 Pica en la infancia y la niñez  
 F98.4 Trastorno de los movimientos estereotipados  
 F98.5 Tartamudez [espasmofemia]  
 F98.6 Farfulleo  
 F98.8 Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia, especificados  
 F98.9 Trastornos emocionales y del comportamiento, no especificados, que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia

<b>F99</b>	<b>Trastorno Mental sin Especificación</b>	
------------	--	--

*B.*

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



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

### 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 (Allegri et al., 2010). Esto es pertinente al uso de pruebas de inteligencia, información general, orientación y memoria diseñadas en y para otras culturas. 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. Esto défit debe, en lo posible, ser puesto 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.

### Comentarios al DSM-5

En el DSM-5 si bien no se abandona el término demencia, se prefiere utilizar el término "Trastornos neurocognitivo". Trastorno neurocognitivo mayor para definir un declive significativo en uno o más dominios cognitivos como atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria asociado a una interferencia con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas y "Trastornos neurocognitivo leve para expresar un declive moderado en uno o más dominios cognitivos como atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria sin interferencia con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas

### **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)**

#### **Comentarios al DSM-5**

En el DSM-5 se diagnostica como Enfermedad de Alzheimer probable si además de los criterios para demencia (Trastorno neurocognitivo mayor o leve) existen evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas y aparecen evidencias claras de un declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas. En caso contrario se diagnosticaría como Enfermedad de Alzheimer posible.

### **F01 Demencia vascular**

Es producto del infarto cerebral debido a enfermedad vascular, incluida la enfermedad cerebrovascular hipertensiva. Por lo común los infartos son pequeños, sus efectos acumulativos..

**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. Presencia 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.

**Comentario al DSM-5**

El DSM-5 usa el término deterioro cognitivo mayor o leve en vez de demencia, y requiere especificar si está acompañado o no de deterioro de la conducta. Cuando coexisten trastorno cognitivo mayor o leve por enfermedad de Alzheimer y deterioro cognitivo vascular mayor o leve deben anotarse ambos diagnósticos

**F01.0 Demencia vascular de comienzo agudo**

Se desarrolla rápido, después de una serie de accidentes cerebrovasculares, ya sea por trombosis, por embolia o por hemorragia. Puede deberse a 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**

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**

El individuo puede recuperarse parcialmente tras un deterioro agudo que sigue a un infarto de significación clínica.

**F01.2 Demencia vascular subcortical**

Incluye antecedentes clínicos de hipertensión arterial y con focos de destrucción isquémica, en las profundidades de la materia blanca cerebral. Habitualmente, la corteza cerebral está indemne, lo cual contrasta con el cuadro clínico, 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**

Demencias debidas, o supuestamente debidas, 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 en la senectud.

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

Demencia progresiva que comienza durante la edad mediana de la vida con cambios precoces y lentamente progresivos del carácter y deterioro social, que menoscaban 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)**

Demencia progresiva, con extensos signos neurológicos, por cambios neuropatológicos específicos, se supone, 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 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)**

Se da como componente de una amplia degeneración cerebral. Transmitida por un solo gen autosómico dominante. Los síntomas aparecen en la tercera y cuarta décadas de la vida. El progreso de la enfermedad es lento y generalmente conduce a la muerte en 10 a 15 años.

**Incluye:** Demencia en la corea de Huntington

#### **Criterios 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, 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)**

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

#### **Criterios 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)**

Se desarrolla en el curso de una enfermedad por VIH.

#### **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)

#### **Crterios Diagnósticos de Investigació**

- 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 diencefalo

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”.

### Comentarios al DSM-5

El DSM-5 no consigna una categoría específica para los trastornos amnésicos como si lo hacía el DSM-IV y engloba en general como trastorno neurocognitivo, categoría que considera la presencia de un declive cognitivo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos donde se incluye la memoria. La presente categoría del CIE-10 correspondería en el DSM-5 a un Trastorno neurocognitivo mayor por la interferencia en la capacidad en las actividades cotidianas, debiendo especificarse su etiología, a excepción de la relacionada a consumo de sustancias.

## **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:  
deterioro de la memoria inmediata y reciente, con mantenimiento relativamente intacto de la memoria remota;  
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.

### **Anotación Latinoamericana**

En general el término “estado confusional” aclararía la verdadera fenomenología del trastorno.

### **Comentarios al DSM-5**

Si bien en el DSM-5 coloca énfasis en alteraciones de la atención y del estado de conciencia no obliga la presencia de deterioro de la memoria inmediata y recientes como en el CIE-10, y mas bien condiciona el diagnóstico a la presencia de una alteración cognitiva adicional a la atención y conciencia, ya sea en la memoria, orientación, lenguaje, capacidad visoespacial o percepción.

## **F05.0 Delirium no superpuesto a un cuadro de demencia**

### **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.

### **F05.8 Otro delirium**

**Incluye:** Delirium de etiología mixta

## F05.9 Delirium no especificado

### 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.

#### Comentarios al DSM-5:

En el DSM-5 se especifica esta categoría dentro de los capítulos de los síndromes psiquiátricos respectivos y contiene como criterios que el cuadro clínico no se explica mejor por otro trastorno mental, que el síndrome no se produzca exclusivamente durante el curso de un delirium y que la alteración cause malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

## 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 estrafalarias 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

- Debe satisfacerse los criterios generales de F06.
- 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.
- 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

- Debe satisfacerse los criterios generales del F06.
- 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

- Debe satisfacerse los criterios generales de F06.
- 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 parestias.

### 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 postconvulsional (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 postconvulsional (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 debido 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**

Puede ser un trastorno residual o concomitante a la enfermedad, lesión o 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.

### **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 pseudorretardada  
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; y deberán durar no menos de 3 años.

### Comentarios al DSM-5

Se consigna en el capítulo de Trastornos de la personalidad como “Cambio de la personalidad debido a otra afección médica”. En los niños implica una alteración notable del desarrollo normal o un cambio del comportamiento habitual que dura la menos un año. No se especifica temporalidad en el adulto sólo un alteración persistente de la personalidad que constituye un cambio a la personalidad previa.

#### F07.1 Síndrome postencefalítico

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**

#### **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

Incluye al 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.

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

**Incluye:** Psicósíndrome orgánico

**F09 Trastorno mental orgánico o sintomático no especificado**

**Incluye:** Psicosis orgánica sin especificación  
Psicosis sintomática sin especificación

**Excluye:** Psicosis sin especificación (F29)

## TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F10-F19)

### DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS SÍNDROMES DE CUARTO CARÁCTER

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

### 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. Es decir no todas las sustancias producen todos los trastornos. 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. 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 4<sup>o</sup> carácter.



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.

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. 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.

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.

Cuando en la práctica diaria el clínico formula y codifica el diagnóstico de una de estas condiciones, es importante que agregue siempre la frase, “debido al uso de [nombre de la sustancia psicoactiva]”. 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.

### **Comentarios al DSM-5**

En el DSM5 hay importantes modificaciones en la clasificación de trastornos por sustancias: a) Mantiene la clasificación alrededor de las

sustancias, 10 clases de sustancias con sólo 5 tipos de trastornos que son: -1. Trastornos por uso de: (la respectiva sustancia de las 10 de la lista) y se agrega a cada diagnóstico leve, moderado o severo 2. Intoxicación por (tal sustancia). 3. Abstinencia 4. Trastornos inducidos (anotar el correspondiente de una lista que cubre casi todos los trastornos mentales 5. Otros trastornos o desconocidos. b) Se suprime en el DSM5, la dependencia de la lista de trastornos, entre muchos otros cambios en el capítulo como incluir en él, el juego patológico.

## 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 psicofisiopatológicas. 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

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.

#### Comentarios al DSM-5

Los criterios de intoxicación de cada una de la sustancias se incluyen en cada sección específica de la sustancia

### 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).

## Comentarios al DSM-5

El DSM-5 no diferencia entre abuso, uso nocivo o perjudicial y dependencia y más bien proporciona criterios para el trastorno por uso de cada sustancia en particular.

### F1x.2 Síndrome de dependencia

Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiopatológicos, 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

### Criterios 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, benzodiacepinas 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 prolongada 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 o delirium

#### **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 (F1x.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

### Comentarios al DSM-5

Los criterios de abstinencia de cada una de la sustancias se incluyen en cada sección específica de la sustancia.

### 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)

### Criterios 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 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.

Por lo general, el consumo de riesgo es, después del consumo “social”, el primer eslabón de una cadena morbosa que lleva al abuso y eventualmente a la dependencia de sustancias. 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, sin los criterios de un “uso nocivo” o un “síndrome de dependencia”.

#### 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 y con rasgos antisociales. 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, 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.

## **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.

**Incluye:** Embriaguez aguda en el alcoholismo  
Embriaguez sin especificación

### **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

## 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 esta 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

## 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.

### Comentarios al DSM-5

En el DSM-5 los diagnósticos de Abuso de Alcohol y de Dependencia del Alcohol son sustituidos por la categoría de Trastornos por Uso de Alcohol con los especificadores de gravedad: leve, moderada y grave.

## **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**

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.

#### **Comentario al DSM-5**

En el DSM-5 se clasifica el Estado de abstinencia con delirium, debido al uso de alcohol del CIE-10 como parte de los trastornos neurocognitivos como Delirio por abstinencia de alcohol.

### **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. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los resultados de laboratorio de estos dos aspectos (DSM 5): Los síntomas se han desarrollado durante o en el primer mes tras la intoxicación o abstinencia del consumo del alcohol y el consumo de alcohol puede producir ese trastorno mental.
- 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 (Trastorno Neurocognitivo Mayor DSM 5)  
Demencia y otras formas más leves de deterioro intelectual permanente (Trastorno Neurocognitivo Menor, DSM 5).  
Revivencias o trastorno perceptivo persistente (DSM 5)  
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.

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

##### **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**

#### **Anotación Latinoamericana**

Todos los diagnósticos relacionados en esta sección requieren especificar 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.

Comentario al DSM-5

El DSM-5 los criterios de intoxicación y abstinencia de una sustancia se incluye en cada sección específica de la sustancia. Abandona la diferenciación entre abuso y dependencia, clasificándolo solo como "Trastorno por consumo de [sustancia]."

#### **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).

### **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].

### **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.

## **F12 Trastorno 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 anomalías 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.

### **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.

#### **Comentario al DSM 5**

En el DSM 5 el cuadro clínico de la abstinencia a cannabis por lo general se da en sujetos en consumo intenso y prolongado, por lo general diario o interdiario por lo menos algunos meses. La mayor parte de los síntomas de abstinencia se presentan en la primeras 24 a 72 horas del cese del consumo con signos variados de irritabilidad, cólera, agresividad, nerviosidad, ansiedad, problemas de sueño con insomnio o pesadillas, disminución del apetito y pérdida de peso, inquietud, humor depresivo. El pico de los síntomas se dan en la primera semana y suele durar entre 1 a 2 semanas. Los problemas de sueño pueden extenderse hasta más de 30 días. (DSM-5,2013).

### **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.

### **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.

### **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 anormalidades 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.

#### **Comentarios al DSM-5**

En el DSM-5 la intoxicación aguda por cocaína se describe como una sustancia más de la abstinencia a estimulantes. En la nueva categorización según DSM-5, se realiza un cambio de enfoque de categorial a dimensional lo que permite analizar la gravedad del trastorno de acuerdo a su severidad (leve, moderado y severo), de acuerdo a los criterios diagnósticos encontrados, permitiendo un mejor abordaje farmacológico o psicoterapéutico según sea el caso. Además permite hacer el seguimiento de acuerdo a curso en cuanto a remisión especificando si es inicial ó continuada.

#### **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).

### 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 anomalías 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 (Flx.3).
- B. Hay humor disfórico (por ejemplo, tristeza o anhedonia)
- C. Dos de los siguientes signos deben estar presentes
  - 1) letargo y fatiga;
  - 2) entecimiento o agitación psicomotriz;
  - 3) deseo imperioso de cocaína;
  - 4) aumento del apetito;
  - 5) insomnio o hipersomnia;
  - 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 es, predominante o exclusivamente, la cocaína, puesto que los criterios generales del estado de abstinencia no lo indican claramente.

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”, lo que contrasta ligeramente con el sentido dado por la CIE-10.

### Comentarios al DSM-5

En el DSM-5 el estado de abstinencia a cocaína se describe como una sustancia más de la abstinencia a estimulantes. La anhedonia y las ansias o deseo poderosos de consumir (craving) no forman parte de los criterios diagnósticos aunque se acepta que son frecuentes en el cuadro clínico. Tener cuidado de distinguir el término de “disforia” con el criterio de craving, cuyo concepto ha sido introducido en el DSM-5 como parte de los criterios de trastorno por uso de consumo de estimulantes.)

### Anotación Latinoamericana

Estudios epidemiológicos realizados en áreas rurales de poblaciones peruanas han identificado trastornos por uso excesivo o dependencia de la hoja de coca (Instituto Nacional de Salud Mental, 2008, 2009). Por lo tanto, se recomienda que, cuidando de no sobredimensionar el diagnóstico de adicción en las poblaciones indígenas que utilizan la hoja de coca en sus actividades cotidianas sin generar adicción, se considere la posibilidad de presencia del diagnóstico.

## **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 es, predominante o exclusivamente, un estimulante (distinto a la cocaína) y que puede incluir a la cafeína, en dosis clínicamente significativas.

#### Comentarios al DSM-5

En el DSM-5 se incluye la intoxicación por cafeína en una categoría distinta a la de las intoxicaciones por estimulantes y los criterios diagnósticos incluyen el consumo a una dosis que supera habitualmente los 250mg y se caracteriza por 5 o más síntomas de los siguientes síntomas: intranquilidad, nervosismo, excitación, insomnio, rubor facial, diuresis, trastornos gastrointestinales, espasmos musculares, divagaciones de los pensamientos y del habla, taquicardia o arritmia cardíaca, períodos de infatigabilidad y agitación psicomotora. Estos síntomas son en su mayoría distintos de los explicitados en el CIE-10.

### 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 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. 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”, lo que contrasta ligeramente con el sentido dado por la CIE-10

#### **Comentarios al DSM-5**

En el DSM-5 se incluye la abstinencia por cafeína en una categoría distinta a la de la abstinencia por estimulantes y los síntomas o signos diagnósticos específicos incluyen además de la falta de concentración, los especificados en las Anotaciones antes descritas.

## **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 anormalidades 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 vigil 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.

### Comentarios al DSM-5

El DSM-5 hace la diferenciación con el CIE-10 respecto a las alteraciones en el comportamiento más signos o síntomas físicos que aparecen durante o poco después del consumo reciente del alucinógeno.

#### Anotación Latinoamericana

Debe especificarse en los criterios diagnósticos de investigación, con información confiable, que la droga implicada 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 usar esta categoría; puesto que no existencia evidencia que lo sustente. Existe mayor evidencia, para el trastorno perceptual persistente (“flashbacks”), el mismo que podría ser incorporado en su lugar; ya que no constituye un estado de abstinencia, ni reúne las condiciones para ser considerado un trastorno psicótico, por presentarse al cesar el consumo de alucinógenos. No es 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.

### **Comentarios al DSM-5**

El DSM-5 especifica el plazo de 12 meses en los cuales se presentan los fenómenos de tolerancia e incapacidad para detenerse y abstenerse, sumado a los criterios B del CIE 10.

### **Anotación Latinoamericana**

Debe especificarse en los criterios diagnósticos de investigación, con información confiable, que la droga implicada es, predominante o exclusivamente tabaco. Con el ingreso de los tratamientos de reemplazo de nicotina a Latinoamérica, son más frecuentes los cuadros de intoxicación por esta sustancia en los centros de deshabitación.

### **F17.3 Estado de abstinencia al tabaco**

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

### **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.

**Comentarios al DSM-5**

El DSM-5 en el criterio B, considera un total de 7 signos o síntomas, de los cuales deben estar presentes en el paciente 4 o más. Los signos o síntomas no considerados por el DSM-5 son: malestar o debilidad muscular; incremento de la tos; ulceraciones bucales.

**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.

**Comentarios al DSM-5**

El DSM-5 en el criterio C, considera un total de 13 signos o síntomas, de los cuales deben estar presentes en el paciente 2 o más. Los signos o síntomas adicionalmente considerados por el DSM-5 son: mareos; incoordinación; aletargamiento; reducción de reflejos: temblores; euforia.

### **Anotación Latinoamericana**

Debe especificarse en los criterios diagnósticos de investigación, con información confiable, que la droga implicada es, predominante o exclusivamente un disolvente volátil. Para algunos países de América Latina, estos trastornos son un problema de salud pública, en especial en adolescentes y niños pobres. Se sugiere a los clínicos latinoamericanos estar atentos a la formulación de estos diagnósticos y la evaluación cuidadosa de su impacto. El uso de disolventes volátiles está asociado con otros trastornos psiquiátricos, como los trastornos de conducta. En países desarrollados su consumo está asociado con uso posterior de sustancias inyectadas y en consecuencia incremento de infección por VIH.

### **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**

Categoría muy importante para los clínicos latinoamericanos, puesto que el patrón de uso de sustancias en esta Región parece corresponder a este tipo y en el que están implicadas más de una sustancia psicoactiva

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

### INTRODUCCIÓN A LA SECCIÓN

Es la esquizofrenia el integrante más importante del grupo, acompañándole también los trastornos esquizotípicos, los trastornos delirantes (delusivos) persistentes y un gran grupo de trastornos psicóticos agudos y transitorios. Los trastornos esquizoafectivos se mantienen incorporados en esta sección, 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. Los trastornos similares que se desarrollan cuando hay epilepsia u otra enfermedad cerebral, deben ser clasificados como F06.2 y aquellos inducidos por sustancias psicoactivas en el grupo F10-F19 con cuarto carácter común.

#### Anotación Latinoamericana

##### 1. "Contexto esquizofrénico"

La esquizofrenia se considera en relación a sus síntomas psicóticos más que por el defecto en la personalidad que pueden o no darse en el tiempo. Se afecta todo el psiquismo de modo que los síntomas se dan sobre un fondo de rarezas, extravagancias y otros que constituyen el contexto esquizofrénico.

##### 2. Pródromo

Las primeras manifestaciones pueden anticiparse meses o años. Los síntomas definidos son positivos: delusiones, alucinaciones, comportamientos extraños, trastornos del pensamiento y desorganización. Síntomas negativos: apatía, abulia, abandono de hábitos personales y reducida funcionalidad.

##### 3. *Insight*

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 grupos latinos es frecuente contenidos delusionales relacionados a aspectos religiosos a veces difíciles de distinguir como anormales.

**Excluye:** Esquizofrenia:

. aguda (indiferenciada) (F23.2)

. cíclica (F25.2)

Reacción esquizofrénica (F23.2)

Trastorno esquizotípico (F21)

#### Crterios 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 sobrealzadas 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 cérica, 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 frecuente un aumento de la tolerancia al dolor y otros síntomas orgánicos lo cual puede en-mascarar dolencias físicas. Puede obviarse la duración de un mes de los síntomas si el paciente ha recibido con anterioridad un diagnóstico confiable de esquizofrenia. Debe definirse los términos de defecto esquizofrénico, remisión completa y remisión incompleta:

#### a) Esquizofrenia deficitaria

Preponderancia de síntomas negativos: apatía, abulia, carencia de intereses, pérdida de hábitos personales, en forma mantenida en el tiempo y con suficiente intensidad, afectando el funcionamiento de la persona. Generalmente se da aparte de los episodios agudos y no relacionados a la medicación.

#### b) Remisión completa

Cuando desaparece el cuadro psicótico y se recupera el funcionamiento de la persona. Pueden persistir síntomas negativos deficitarios pero no se dan síntomas psicóticos positivos. Hay un grado de conciencia del trastorno sufrido.

#### c) Remisión incompleta

Persisten atenuadas ideas delusivas y alucinaciones que pueden interferir con áreas de funcionamiento personal pero con baja intensidad y frecuencia lo cual hace que no den un cuadro propiamente psicótico.

### Comentarios al DSM-5

El DSM-5 omite los subtipos de esquizofrenia por considerarlos de baja confiabilidad y de escasa validez. El tiempo de duración del episodio para el diagnóstico es de 6 meses continuos de síntomas y de al menos un mes de duración de síntomas como delusiones, alucinaciones discurso desorganizado, catatónico o de síntomas negativos. Si los síntomas han durado menos de uno a seis meses se diagnostica como Trastornos esquizofreniforme y si es menos de una mes como Trastorno psicótico breve.

## 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  
Catatonia esquizofrénica  
Estupor catatónico  
Flexibilidad cérea 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 a veces no 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 tienen con una pobre evaluación, los síntomas negativos pueden ser, sobre todo en medios rurales más que en medios urbanos, 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.

### **F20.6 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

En la infancia y adolescencia pueden ser 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). Las manifestaciones delirantes son poco frecuentes y difíciles de poner en evidencia que en el adulto, aunque pueden tomar la forma de ideas persecutorias, de transformación corporal o de fobias extrañas.

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, alogia 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. No hay comienzo definido y su evolución y curso por lo común es la de un trastorno de la personalidad.

**Incluye:** Esquizofrenia:

- latente
  - límite
  - 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).

### Comentarios al DSM-5

En el DSM-5 se lo considera como un trastorno de la personalidad, aunque se reconoce que forma parte del espectro de la esquizofrenia.

## **F22 Trastornos delusivos persistentes**

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. Si han durado menos de unos pocos meses deben ser clasificados, al menos temporalmente, en F23.

### **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), a veces duran toda la vida y cuyo contenido es muy variable. 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)

### Crterios Diagnsticos de Investigacin

- A. Presencia de una delusin o de un grupo de delusiones relacionadas entre s (distintas a las indicadas como tpicamente esquizofrnicas 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 ms frecuentes son las de persecucin, de grandiosidad, hipocondrías, 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 ningn 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 sntomas 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 exclusin ms frecuentemente usado: No hay evidencia de lesin cerebral primaria o secundaria en el sentido indicado en F0, ni de trastorno psicótico debido a consumo de sustancias psicoactivas (F1x.5).

### Especificacin para posibles subtipos:

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

#### Anotacin Latinoamericana

Se recomienda que esta sub-categoría mantenga el término completo de **F22.0, Trastorno delusivo persistente** para reflejar de modo ms completo su verdadera fenomenología.

#### Comentarios al DSM-5

Se da la posibilidad de incluir contenidos bizarros o extraos en las delusiones (una especificacin). A diferencia de la CIE-10, el DSM-5 especifica solo los subtipos: erotomániaco, grandiosidad, celotípico, persecutorio, somático.

## **F22.8 Otros trastornos delusivos persistentes**

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. 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.

### **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

La duración de varios meses del cuadro clínico se observa con más frecuencia en países en desarrollo. La edad promedio de inicio es entre los 30 y 40 años. En niños, el cuadro clínico puede estar influido por la etapa del desarrollo en que ocurra el trastorno

#### Comentarios al DSM 5

A diferencia del CIE-10, el DSM-5 señala que los delirios, alucinaciones, discurso desorganizado y comportamiento catatónico o desorganizados pueden presentarse juntos o al menos uno de ellos, con una temporalidad que fluctúa entre un día y menos de un mes. Sin embargo, coincide con el CIE-10, en el retorno completo a la funcionalidad premórbida. Señala, la necesidad de especificar si existe estrés o no causante de las manifestaciones clínicas y, la importancia de valorar el comportamiento suicida, sobre todo en la etapa aguda.

### 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 cambiando en horas o en el día. 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 con un 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 con en el que los síntomas psicóticos son relativamente estables que y justifican el diagnóstico de esquizofrenia, pero de duración menor 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 con manifestaciones de delusiones o 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 delirante (delusivo) persistente (prolongado) (F22.-).

**Incluye:** Psicosis paranoide psicógena  
Reacción paranoide

#### **Criterios Diagnósticos de Investigación**

- A. Deben satisfacerse 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 los trastornos psicóticos agudos no clasificables en algún apartado del 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

#### Criterios Diagnósticos de Investigación

- 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.
- Ambas personas implicadas tienen una relación extraordinariamente estrecha entre sí, y están relativamente aisladas de terceros.
- 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. Socialmente se encuentran separados por factores como la cultura, idioma o zona geográfica.



## **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. Se requiere de un periodo ininterrumpido de los síntomas esquizofrénicos activos o residuales y afectivos a lo largo del cuadro. (DSM 5)

### **Criterios 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 cérea 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).

### **Comentarios al DSM-5**

Uno de los criterios del DSM-5 enfatiza que deben existir delirios o alucinaciones durante dos o más semanas en ausencia de un episodio mayor del estado del ánimo (maníaco o depresivo) durante todo el curso de la enfermedad.

## **F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo 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**

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

## **F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo 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**

- Deben satisfacerse los criterios generales para trastorno esquizoafectivo (F25).
- 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**

- 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 G.1.1 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)

### INTRODUCCIÓN A LA SECCIÓN

Las condiciones que constituyen esta Sección son trastornos con 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, entre ellos trastornos del humor de tipo orgánico o relacionados con el consumo de sustancias.

La GLADP-VR propone las siguientes estrategias en el diagnóstico de episodios únicos:

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.

### **Comentarios al DSM-5**

El DSM-5 diferencia entre trastorno bipolar tipo I (con la menos un episodio maniaco) y trastorno bipolar tipo II (con un al menos un episodio hipomaniaco y al menos un episodio depresivo). No se considera como diagnóstico aislado la manía o la hipomanía como episodios únicos.

### **F30 Episodio maníaco [único]**

Trastornos caracterizados por un incremento del humor, de la energía y de la actividad, definidos principalmente por su duración y severidad. Todas las subdivisiones de esta categoría deben usarse solamente para un episodio único. Los episodios hipomaniacos o maniacos que se den en personas que han tenido uno o más episodios afectivos previos (depresivos, hipomaniacos, maniacos o mixtos) deben ser codificados como trastorno afectivo bipolar (F31.-)

#### **Anotación Latinoamericana**

Se recomienda, para mayor precisión nosológica de la categoría, agregar entre corchetes el término [único].

### **Comentarios al DSM-5**

El DSM-5 considera el diagnóstico de trastorno bipolar I tanto si tiene uno o más episodios.

### **F30.0 Hipomanía [único]**

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, sin llegar a producir en el paciente una interrupción laboral o rechazo social. Esta sociabilidad eufórica, aunque es lo más frecuente en estos casos, puede ser remplazada por irritabilidad, arrogancia y/o comportamiento grosero. Las perturbaciones del ánimo y del comportamiento no se presentan acompañadas de alucinaciones ni de delirios.

### **Criterios Diagnósticos de Investigación**

- D. Humor exaltado o irritable de intensidad claramente anormal para el individuo afecto que persiste durante al menos cuatro días consecutivos.
- E. 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.
- F. 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).
- G. 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 [único]**

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

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 [único]

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 ideas delirantes 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

#### Comentarios al DSM-5

El DSM-5 agregó una nota aclaratoria: “un episodio maníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p.ej., medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio maníaco y, en consecuencia, un diagnóstico de trastorno bipolar I”.

### 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 sólo hipomanía o de manía se clasifican como “Otros trastornos afectivos 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

#### **Comentario al DSM-5**

El DSM-5 considera el diagnóstico de trastorno bipolar I tanto si tiene uno o más episodios maníacos.

### **F31.0 Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaníaco presente**

El paciente está hipomaníaco en la actualidad, y en el pasado ha sufrido al menos otro episodio afectivo (hipomaniaco, maníaco, 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 hipomaníaco, maníaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-) o episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto (F38.00).

#### **Anotación Latinoamericana**

La GLADP-VR recomienda mantener la regla nosológica de que dos episodios maníacos o hipomaníacos repetidos deben considerarse una forma de expresión de un trastorno bipolar (ver anotación a la introducción a la sección).

#### **Comentario al DSM-5**

El DSM-5 utiliza el diagnóstico de Trastornos bipolar II para presentaciones con presencia de episodios hipomaníaco actual o pasado (único o recurrente) y episodio depresivo actual o pasado (único o recurrente). En el caso de presentaciones con episodios repetidos sólo de hipomanía recomienda utilizar la categoría de “Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado”.

### **F31.1 Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente sin síntomas psicóticos**

El paciente está maníaco en la actualidad, sin síntomas psicóticos (como en F30.1), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo (hipomaníaco, maníaco, 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 hipomaníaco o maníaco (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 maníaco presente con síntomas psicóticos**

El paciente está maníaco en la actualidad y presenta síntomas psicóticos (como en F30.2), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo (hipomaníaco, maníaco, 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 hipomaníaco o maníaco (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

### **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**

Tomar en cuenta las dificultades en la diferenciación entre el episodio depresivo como parte del trastorno afectivo bipolar y el episodio depresivo (unipolar) y considerar que el episodio depresivo antes de los 25 años puede ser sugestivo de un trastorno afectivo bipolar. 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.

#### **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 hipomaniaco, maniaco 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 hipomaniaco o maniaco (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 hipomaniaco, maniaco 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.

### Comentarios al DSM-5

El DSM-5 no considera las características mixtas en una categoría aparte sino como un especificador del diagnóstico, ya sea de Trastorno bipolar I. Trastornos bipolar II (hipomanías) o depresión mayor. Los criterios diagnósticos son compatibles con esta anotación salvo que el cuadro actual (o pasado) si tiene que haber reunido criterios de trastornos bipolar. El DSM-5 también establece que de reunir criterios diagnósticos tanto de un

episodio manía o hipomanía así como de un episodio de depresión mayor el diagnóstico será trastorno bipolar I o II.

### **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 (F32) o mixto (F313.00).  
La prescripción de un tratamiento para reducir el riesgo de recaídas no es óbice para este diagnóstico.

#### **Comentarios al DSM-5**

El DSM-5 especifica los criterios de remisión total si “durante los últimos dos meses no ha habido signos o síntomas significativos” y remisión parcial si los síntomas de una episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo están presentes pero no se cumplen todos los criterios diagnósticos o no ha transcurrido aún dos meses después del último episodio.

### **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-5) se clasifique dentro de los trastornos bipolares en F31.0 si el episodio actual es hipomaníaco 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, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y 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).

**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 hipomaníacos o maníacos suficientes como para haber satisfecho los criterios diagnósticos de episodios hipomaníaco y maníaco (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 (melancólico)**

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.

#### Comentarios al DSM-5

El DSM-5 señala que los problemas de memoria pueden ser la queja principal de los ancianos con episodio depresivo y pueden confundirse con los signos precoces de una demencia; o pueden ser la presentación inicial de una demencia irreversible.

### F32.0 Episodio depresivo leve

#### 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.

### Comentarios al DSM-5

El DSM-5 retiró el criterio de exclusión del DSM-IV para depresión mayor de síntomas depresivos de menos de dos meses de duración que se relacionaran con la muerte de un ser querido, y sugiere cómo diferenciar un duelo de un trastorno de depresión mayor. En el duelo predomina el sentimiento de vacío y pérdida; en el episodio depresivo, la tristeza es persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicas como sí ocurre en el duelo en el cual suele asociarse a recuerdos del difunto. La autoestima en el duelo generalmente se conserva, en el episodio depresivo son frecuentes los sentimientos de no valer nada y los autoreproches. Los pensamientos sobre la muerte en el duelo están dirigidos a "reunirse" con el difunto; en el episodio depresivo se centran en poner fin a la propia vida por no sentirse digno de vivir, considerarse inútil o por sentirse incapaz de enfrentarse al dolor de la depresión.



### 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

- Se satisfacen los criterios generales de F32, episodio depresivo.
- Presencia de al menos dos de los tres síntomas del criterio B de F32.0.
- 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

### 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". Es probable que no pueda continuar realizando sus actividades ordinarias

**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.

- Se satisfacen los criterios generales de F32, episodio depresivo.
- Presencia de los tres síntomas del criterio B de F32.0.
- Síntomas adicionales del criterio C de F32.0 hasta completar en total al menos ocho.
- Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

### F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio de depresión similar al descrito en F32.2, pero con la aparición de alucinaciones y delirios (congruentes o no con el estado de ánimo), 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.

**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 ideas delirantes 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, ideas delirantes 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, ideas delirantes [delusivas] de persecución o de autoreferencia y alucinaciones sin contenido afectivo)

#### Anotación Latinoamericana

Cuando la depresión leve, moderada y grave, con o sin síntomas psicóticos sea atribuible a factores externos adversos y ésta se considere por lo tanto de carácter reactivo, puede especificarse haciendo uso de la frase calificativa “de carácter reactivo”.

#### Comentarios al DSM-5

Mientras que el CIE-10 asigna categorías específicas para los estados depresivos según los niveles de gravedad; en el DSM-5, la gravedad es un especificador denominado “gravedad actual”. Toma en cuenta el número de síntomas del criterio, la gravedad de estos síntomas y el grado de discapacidad funcional.

### 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.

### Comentarios al DSM-5

En el DSM-5 se aplica el especificador “con características atípicas” cuando en el cuadro depresivo predominan a) La reactividad del estado de ánimo b) Notable aumento de peso o del apetito c) Hipersomnia d) Parálisis plúmbea y d) Patrón prolongado de sensibilidad de rechazo interpersonal. Señala que el término “atípica” no connota una presentación clínica inusual o inusual.

## 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 hipomaníaco 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.

#### Comentarios al DSM-5

El DSM-5 especifica que para que un episodio que se considere recurrente debe haber un intervalo mínimo de dos meses consecutivos entre los episodios, durante el cual no se cumplan los criterios para un episodio de depresión mayor (episodio depresivo).

### 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).

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 con 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 hipomaniacos, ni como episodios depresivos leves. Debido a que duran años implican una angustia y una incapacidad considerables.

### **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.

### Comentarios al DSM-5

En el DSM-5 corresponde al Trastorno ciclotímico y se señala el mismo periodo de enfermedad de 2 años, sin embargo los criterios del DSM-5 establecen que nunca se hayan cumplido los criterios para un episodio depresión mayor, maníaco o hipomaníaco a diferencia del CIE-10 que propone que antes o después del periodo de inestabilidad pueden haber ocurrido episodios maníacos o depresivos. Asimismo, el DSM-5 señala que no deben existir periodos de 2 meses o más libres de síntomas y que los mismos no pueden ser explicados por otro desorden mental o físico.



### 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 prolongados como para justificar el diagnóstico 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

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 5. Este cuadro es frecuente en poblaciones latinoamericanas y muchas veces se presenta en mujeres latinoamericanas con rasgos histriónicos

de personalidad o de neurastenia. Aquellos clínicos que deseen hacer diagnóstico de neurosis depresiva podrían hacerlo agregando la frase calificativa “con desarrollo neurótico”.

### **Comentarios al DSM-5**

El DSM-5 agrupa como “Trastorno depresivo persistente (distimia)” al trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV. En el criterio A, indica que en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo 1 año. El criterio D dice que los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante 2 años.

## **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), 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 breve recurrente

#### **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)

### INTRODUCCIÓN A 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.

#### 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).

**Incluye:** Agorafobia sin historia de trastornos de pánico  
Trastornos de pánico con agorafobia

#### Crterios 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. 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. La mitad de los casos de agorafobia, la misma se acompaña de temores claustrofóbicos. En estos casos consideramos que la claustrofobia es parte de la agorafobia y abarca temores diversos (Cía, 2000); A. Cía, comunicación personal, 2012).

### Comentarios al DSM-5

A diferencia del CIE-10, el DSM-5: a) incluye un criterio temporal de 6 meses; b) no da importancia a los síntomas de ansiedad que usualmente acompañan a la exposición fóbica; c) da mayor énfasis a la desproporción y a la afectación del funcionamiento; y d) si la presentación en una persona cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia se asignan ambos diagnósticos.

### 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.

### Comentarios al DSM-5

Contrario a lo propuesto por el CIE-10 en su criterio C para el diagnóstico de Fobia Social, el DSM-5 no requiere que el individuo reconozca que su miedo o ansiedad a situaciones sociales sea excesivo o irracional, más bien requiere que el clínico evalúe si el miedo o ansiedad es desproporcionada a la amenaza actual poseído por la situación social temida, teniendo en cuenta los factores culturales contextuales que podrían explicar esta reacción. Además, a diferencia del CIE-10 el DSM-5 requiere que el miedo, ansiedad o conducta de evitación dure al menos 6 meses o más.

### F40.2 Fobias específicas (aisladas)

Son fobias restringidas a objetos o 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 enmascararse 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.

**Comentarios al DSM-5**

Contrario a lo propuesto por el CIE-10 en su criterio C para el diagnóstico de Fobia Específica, el DSM-5 no requiere que el individuo reconozca que su miedo es excesivo o irracional, más bien requiere que el clínico evalúe si el miedo o ansiedad es desproporcionada al peligro o amenaza actual poseído por el objeto o situación temida teniendo en cuenta los factores culturales contextuales que podrían explicar esta reacción. Además, a diferencia del CIE-10 el DSM-5 requiere que el miedo, ansiedad o conducta de evitación dure al menos 6 meses o más.

**Incluye:** Acrofobia  
Claustrofobia  
Fobia a los animales  
Fobia simple

**Excluye:** Dismorfofobia (sin delusiones) (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).

### Comentarios al DSM-5

Actualmente el DSM-5 considera al Trastorno de Pánico como a la Agorafobia como dos entidades psiquiátricas distintas. Por lo tanto ya no se usan los diagnósticos de Trastorno de Pánico con Agorafobia, Trastorno de Pánico sin Agorafobia o Agorafobia sin historia de Trastorno de Pánico. Haciendo por el contrario dos diagnósticos tanto de Trastorno de Pánico

como Agorafobia en el caso de que exista comorbilidad entre el Trastorno de Pánico y Agorafobia.

### F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Su característica fundamental es una ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe a ninguna circunstancia del entorno en particular. 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**

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.

**Comentario al DSM-5**

En el DSM-5 se incluye como síntoma necesario la presencia de dificultad en controlar la preocupación, además se requiere sólo 3 de seis síntomas y la necesidad de que los síntomas causen malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**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.

### **Comentario al DSM-5**

El DSM-5 abandonó completamente esta categoría por considerarla de muy baja confiabilidad según estudios de campo (Regier et al, 2013). No se incluye ni en la sección III de afecciones que necesitan más estudio como en el DSM-IV.

### **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. Los actos o ritos compulsivos son comportamientos estereotipados, repetidos una y otra vez. 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

Los rituales, en cambio, están constituidos por un conjunto de acciones coordinadas, a veces extraordinariamente complejas.

### Comentarios al DSM-5

El grupo de trastornos se plantea como un espectro que abarca desde lo más compulsivo a lo impulsivo y se denomina Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados quedando integrada por: el Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el Trastorno dismórfico corporal, el Trastorno por acumulación, Tricotilomanía (que anuncia la siguiente propuesta de término: trastorno de arrancarse el cabello), Trastorno por excoriación (o trastorno de dañarse la piel), entre otros (como los Celos obsesivos).

**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 el siguiente párrafo de 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 “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.

### **Comentarios al DSM-5**

Se introduce la especificación de la introspección (buena o aceptable, poca y ausente o con creencias delirantes) para el TOC.

## **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. 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 o al orden y a la pulcritud. Subyace al comportamiento, 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 obsesivas 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. 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, 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, desempeñan un papel la vulnerabilidad individual y la capacidad de adaptación de la persona. Los síntomas configuran un cuadro cambiante 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. Puede ser seguido de un estupor disociativo como de agitación e hiperactividad (reacción de fuga). Con frecuencia hay signos autonómicos de pánico grave (taquicardia, sudor, rubor). Puede haber amnesia total o parcial del episodio

**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.
  - a) Estrechamiento del campo de la atención.
  - b) Aparente desorientación.
  - c) 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. 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, y también 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.

**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, 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.

### Comentarios al DSM-5

En el criterio A del trastorno de estrés postraumático, al igual que en la Reacción al estrés agudo, hay que explicitar si el evento traumático fue experimentado directa o indirectamente, ó si fue testigo. El TEPT cuenta ahora, en lugar de tres, con cuatro grupos de síntomas (reexperimentación, hiperactivación, evitación y alteraciones cognitivas/cambios en el estado de ánimo).

### 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). 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.

**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 “cerebro”.

### **Comentarios al DSM-5:**

El DSM-5 a diferencia del CIE-10 considera que los síntomas del trastorno de adaptación deben iniciar dentro de los primeros tres meses de iniciado el evento estresante, mientras que el CIE-10 dentro del primer mes. Asimismo, el DSM-5 trata de considerar al trastorno de adaptación como una nosología independiente con sus propios síntomas y no solo como una categoría residual al cual se llega luego de descartar los otros trastornos psiquiátricos.

### **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. 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. Están incluidos aquí sólo los trastornos de las funciones físicas que se hallan normalmente bajo control voluntario y la pérdida de las sensaciones).

- Incluye:** Histeria  
Histeria de conversión  
Psicosis histérica  
Reacción de conversión  
Ataque de nervios (ver Síndromes Culturales Latinoamericanos)
- Excluye:** Simulación consciente [enfermo simulador] (Z76.5)

### Crterios 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

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 y por lo general es parcial y selectiva.

- 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 Diagnósticos 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.

**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)

### Comentarios al DSM 5

A diferencia del CIE-10, el DSM-5: incluye la fuga disociativa como especificador de la amnesia disociativa.

### 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.

**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

**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.

### Comentarios al DSM 5

El DSM-5 incluye el concepto de posesión en los criterios del Trastorno disociativo de la identidad. La posesión ya estaba contemplada en el DSM-IV-TR dentro de las formas no especificadas entre las versiones del Trastorno de trance disociativo (Spiegel et al., 2013), pero en el DSM 5 se le da un lugar adecuado en la definición relativa a la identidad disociada.

## 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.

**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 menos favorecidas 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. Suele mostrarse en un paciente que no parece experimentar gran incomodidad con la sintomatología. Se ha denominado a esta peculiaridad “la bella indiferencia”.

### F44.5 Convulsiones disociativas

Las convulsiones disociativas pueden imitar muy estrechamente a los ataques epilépticos. 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, y pueden acompañarse de quejas de parestesia.

**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. 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.

- b) Enturbiamiento de la conciencia. Se manifiesta típicamente por inatención y somnolencia
- c) Síntomas de conversión somática
- 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.

La frecuencia de este trastorno es muy baja. Aproximadamente el 80% de los pacientes es del género masculino y tiende a ser más común en adolescentes o adultos jóvenes. Es más probable encontrarlo en ambientes forenses.

### Comentarios al DSM 5

El síndrome no aparece en el DSM-5. No se ofrecen Criterios Diagnósticos de Investigación específicos de los trastornos mencionados más arriba, dado que estos estados disociativos son raros y mal conocido.

## F44.82 Trastorno disociativo (conversión) en la infancia y adolescencia

## F44.88 Otro trastorno disociativo (conversión) específico

### 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 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.

### **Comentarios al DSM-5**

A diferencia del CIE-10, el DSM-5: se les denomina “*Trastorno de síntomas somáticos*” 300.82 (F45.1). El diagnóstico es menos restrictivo pues a diferencia del CIE-10 sólo requiere la presencia de uno o más síntomas somáticos que den lugar a problemas significativos en la vida diaria por un lado, y que sean desproporcionados, o generen mucha ansiedad o excesivo tiempo o energía, por el otro. Asimismo, que el estado sintomático se requiere que sea persistente (por lo general más de seis meses).

### 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)**.

#### Comentarios al DSM-5

A. diferencia del CIE-10, el DSM-5: lo denomina *Trastorno de ansiedad por enfermedad* 300.7 (F45.21).

Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.

B. No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de presentar una afección médica (p. ej., antecedentes familiares importantes), la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.

C. Existe un grado elevado de ansiedad acerca de la salud, y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud.

D. El individuo tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud (p. ej., comprueba repetidamente en su cuerpo si existen signos de enfermedad) o presenta evitación por mala adaptación (p. ej., evita las visitas al clínico y al hospital).

E. La preocupación por la enfermedad ha estado presente al menos durante seis meses, pero la enfermedad temida específica puede variar en ese período de tiempo.

F. La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno de síntomas somáticos, un

trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático.

**Especificar si:**

Tipo con solicitud de asistencia: Utilización frecuente de la asistencia médica, que incluye visitas al clínico o pruebas y procedimientos.

Tipo con evitación de asistencia: Raramente se utiliza la asistencia médica.

### 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 innervado 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  
Psialgia  
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.

### **Comentarios al DSM-5**

A diferencia del CIE 10, el DSM 5: Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados 300.89 (F45.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los síntomas somáticos y trastornos relacionados.

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. Trastorno de síntomas somáticos breve: la duración de los síntomas es inferior a seis meses.
2. Trastorno de ansiedad por enfermedad breve: la duración de los síntomas es inferior a seis meses.
3. Trastorno de ansiedad por enfermedad sin comportamientos excesivos relacionados con la salud: no se cumple el Criterio D para el trastorno de ansiedad por enfermedad.
4. Pseudociesis: creencia falsa de estar embarazada que se asocia a signos y síntomas de embarazo.

## **F45.9 Trastorno somatomorfo no especificado**

**Incluye:** Trastorno psicósomático sin especificación

### **Comentarios al DSM 5:**

A diferencia del CIE-10, el DSM 5: Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados 300.82 (F45.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los síntomas somáticos y trastornos relacionados. La categoría del trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados no se utilizará a menos que se den situaciones claramente inusuales en las que no exista información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

## **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

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.

#### Comentarios al DSM-5

El DSM-5 no incluye esta categoría diagnóstica y más bien en el Glosario de conceptos culturales de malestar hace alusión al *Shenjing shuairuo* como un síndrome cultural de la china vinculado al diagnóstico occidental de neurastenia caracterizado por síntomas de debilidad, irritabilidad, dolor nervios e insomnio y lo vincula con los trastornos afectivos, ansiosos y de síntomas somáticos.

### 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.

#### Comentarios al DSM-5

El DSM-5 la definición de despersonalización incluye la experiencia de ser un observador externo respecto a los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones, el cuerpo o las acciones de uno mismo.

### **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)

### 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.

Evaluar siempre comorbilidad con depresión, una vez superada la etapa de desnutrición moderada o severa que puede ocurrir en pacientes con anorexia nerviosa. Evaluar depresión y ansiedad en pacientes resistentes a modificar conductas, ya sea con bajo peso o sobrepeso de causa psicógena.

Se sugieren algunas Escalas de evaluación inicial o retest. Pueden ser utilizadas aquellas que el investigador considere y que estén validadas en su propio país.

Escala de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory) (BDI)

Escala de Depresión y (Hamilton Rating Scale for Depression) (HAM D)

Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale)(HAS)

### F50 Trastornos de la conducta alimentaria

**Excluye:** 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 varones y otros rangos etarios. Deberá ser evaluado por especialista y hacer diagnóstico diferencial con otras patologías. El trastorno se asocia con una psicopatología específica en la cual se mantiene, como idea recurrente y sobrevalorada, un temor MÓRBIDO al sobrepeso u obesidad y a la flaccidez de la silueta corporal. En pacientes púberes o niñas premenárquicas, puede reconocerse temor a crecer. Habitualmente hay desnutrición de gravedad variable. Entre los signos y síntomas se pueden encontrar la elección de una dieta restringida, el ejercicio físico excesivo, el vómito y las purgas inducidas, así como el uso de anorexígenos y/o diuréticos o laxantes.

**Excluye:** Pérdida del apetito (R63.0)  
Pérdida del apetito de origen psicógeno (F50.8), evaluar si éste es el argumento utilizado por el paciente en casos de anorexia nerviosa vera.

### **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 (primaria o secundaria) 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 y DSM V). 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 o incluso evolucionar hacia la obesidad del adulto. (Almenara, 2003; Onofrio, 2006, 2009).

### **Comentarios al DSM-5**

El DSM-5 considera una categoría de presentación clínica similar a la Anorexia Nerviosa que denomina Trastorno de evitación/restricción de ingesta de alimentos (F50.8) y que la diferencia en que en esta última las personas afectadas pueden mostrar una pérdida importante de peso y una falta de interés en comer o alimentarse pero no tienen miedo a ganar peso o a engordar y no presentan distorsión específica de la imagen corporal psicológica, de peso o de constitución corporal.

### **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 hiper ingestión de alimentos y por una preocupación excesiva por el control del peso corporal, que lleva al paciente a practicar una hiper ingestión 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 breves períodos 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 "atacón" 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).

### Comentarios al DSM-5

En el DSM-5 la frecuencia media mínima de atracones es de al menos una vez a la semana, con igual criterio para las conductas compensatorias o que tratan de contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso. El criterio de atracón involucra una ingesta superior en contraste con lo que la mayoría de personas lo haría en un periodo determinado en circunstancias parecidas y la sensación de falta de control sobre los atracones. Nos permite hacer un diagnóstico de bulimia de baja frecuencia, el cual va a requerir igualmente tratamiento especializado en trastornos de la conducta alimentaria.

## 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 hiper ingestión 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

Hiper ingestión 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.

### **Comentarios al DSM-5**

El DSM-5 ha incluido una categoría llamada Trastorno por atracones que se diferencia de la bulimia en que hay ausencia de conductas compensatorias o que busquen contrarrestar los efectos de los atracones en el peso. La definición de atracón es similar a la de la bulimia nerviosa. Incluye algunas (tres o más) de las siguientes características: a) Comer más rápidamente que lo normal; b) comer hasta sentirse desagradablemente lleno; c) comer grandes cantidades cuando no se siente hambre; d) comer a solas debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere; e) sentirse a disgusto, deprimido o avergonzado después de la ingesta.

## **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.-)

### **Comentarios al DSM-5**

El DSM-5, enumera once trastornos del sueño-vigilia, clasificándolos en función de criterios clínicos y de una supuesta etiología. Tanto el CIE-10, como el DSM-5, describen sólo una parte de los trastornos conocidos en la tercera edición de la Clasificación Internacional de Trastornos de Sueño el (ICSD-3), que los agrupa en seis categorías principales: Insomnio, trastornos del sueño relacionados con alteraciones respiratorias, trastornos de la hipersomnolencia central, trastornos del ritmo circadiano, parasomnias, trastornos de sueño relacionados con desordenes del movimiento y otros trastornos del sueño (Darien IL, 2014). El CIE-10 y el GLADP-VR, difieren del DSM-5, al englobar varias entidades nosológicas dentro de una única clasificación diagnóstica, abarcando solo los de tipo no orgánico

## **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**

- A. 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.
- B. Como consecuencia, el individuo padece insomnio durante el período en que los demás duermen e hipersomnía 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.
- C. La no satisfactoria cantidad, calidad y ritmo de sueño es causa de profundo malestar o bien interfiere con las actividades sociales o laborales.
- D. 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**

- A. 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.
- B. 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.
- C. Al despertar (del episodio de sonambulismo o a la mañana siguiente) el

- individuo no recuerda el episodio.
- D. 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.
- E. 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**

Los trastornos de sueño de origen no orgánico y los trastornos no psicógenos, tales como los relacionados con la respiración (apnea), narcolepsia, en el ICD-10 se comentan en el Capítulo VI, en las enfermedades del sistema nervioso (G00-G99), en la categoría G47, Trastornos del sueño: G47.3 (Apnea del sueño), G47.4 (Narcolepsia), G47.8 (Otros trastornos del sueño, Síndrome de Klein Levin). Así mismo el Síndrome de las piernas inquietas, son comentadas en la categoría G-25.8 en otros trastornos extrapiramidales y del movimiento.

#### **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 psicosomático, 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 psicosomático. 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. .

## **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.

### **Comentarios al DSM-5**

En el DSM-5 esta categoría se encuentra dirigida sólo al varón como Trastorno del deseo sexual hipoactivo en el varón. La falta de interés en iniciar actividades sexuales en la mujer se considera bajo la categoría Trastorno del interés/excitación sexual femenino.

## **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

### Crterios 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 posee 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”.

### F52.11 Ausencia de placer (anhedonia) sexual

#### Crterios 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 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.

**Comentarios al DSM-5**

El DSM-5 plantea dos categorías diagnósticas para este diagnóstico según se trate del sexo masculino (Trastorno eréctil) o del sexo femenino (Trastorno del interés/excitación sexual femenino). En este último considera no solo la baja o ausencia de excitación sexual sino que incluye la baja o ausencia del interés sexual. No se hace referencia explícita a la lubricación.

**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.

**Comentarios al DSM-5**

El DSM-5 plantea dos categorías diagnósticas para este diagnóstico según se trate del sexo masculino (Eyaculación retardada) o del sexo femenino (Trastorno orgásmico femenino).

**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**

Deben satisfacerse los criterios generales de F52.

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.

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”.

#### Comentarios al DSM-5

Establece como tiempo de producida la eyaculación gproximadamente en el minuto siguiente a la penetración vaginal y antes de que lo desee el individuo.

### 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.
- C. 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.

### **F52.8 Otras disfunciones sexuales especificadas no ocasionadas por trastorno ni enfermedad orgánicas**

### **F52.9 Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicas 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 considera 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 (099.3, 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. 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).

### Comentarios al DSM-5

El DSM-5 establece criterios operacionales específicos como la presencia no solo de una afección médica específica (como la diabetes, cáncer o enfermedad coronaria, o síndromes funcionales como la migraña, el colon irritable, o la fibromialgia, sino también síntomas médico idiopáticos como dolor, fatiga o mareos. La afección de la condición médica puede ser en el curso, tratamiento, aumento de otros riesgos, o influencia fisiopatológica.

## **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)

### **Anotación Latinoamericana**

Esta condición, si bien no es tan prevalente en los centros de adicciones, si es una condición que existe en especial en pacientes con rasgos hipocondriacos, o con cuadros dolorosos (migrañas crónicas, lumbalgias etc), en donde el uso de la(s) sustancia(s), es(son) ingerida(s) fuera del control o prescripción médica y por tiempo más prolongado de lo usual.

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.

### **Comentarios al DSM-5**

En el DSM-5 se incluye esta categoría dentro de los Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas) (292.9/F17.209). Sin embargo, en el DSM-5 si incluye bajo esta categoría sustancias con potencialidad de causar dependencia pero que no están especificadas como el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, los estimulantes o el tabaco.

## **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)

### INTRODUCCIÓN DE LA SECCIÓN

Este grupo comprende una diversidad de afecciones y de rasgos conductuales, 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, 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 evaluación correcta del funcionamiento de la personalidad debe tomar en consideración los orígenes étnicos, culturales, religiosos, condición migrante o perseguida y sociales del paciente que se presenta para atención en salud para no realizar sub-diagnósticos o sobre-diagnósticos. En general, la GLADP-VR recomienda evitar el diagnóstico de trastornos de personalidad en personas menores de 18 años de edad. Aunque se debe considerar que hay formas clínicas plenas que son anteriores a los 18 años.

#### Registro y Codificación:

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).

#### Comentarios DSM-5

La aproximación diagnóstica es representada por categorías por lo que una alternativa es la perspectiva dimensional de los trastornos de personalidad que representan variantes desadaptativas de rasgos de personalidad por lo que se recomienda para un abordaje clínico integral revisar el modelo alternativo de los Trastornos de Personalidad del DSM-5 con perspectivas a tomar esta alternativa en futuras clasificaciones.

## **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. Afectan varias áreas de la personalidad y 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) 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**

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.

## 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 de los demás como hostiles o despreciativas y agresivas dándoles una importancia impropia. Hay una inadecuada valoración de sus derechos, y de la agresividad y la tenacidad desplegadas en su defensa, así como sospechas recurrentes y sin justificación acerca de la fidelidad de la pareja sexual. Puede haber autovaloración y autorreferencia excesivas.

**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) Suspicion 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. 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, muchos pacientes presentan comportamientos de desconfianza o de defensa que puedan ser etiquetados erróneamente de paranoides.

Estas personas pueden tener una personalidad paranoide de base o pueden desarrollar una transformación paranoide de la personalidad.

### **F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad**

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por apartarse de los contactos afectivos y sociales, con preferencia por la fantasía, las actividades solitarias y la introspección, sin que le preocupe generalmente, con 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, sin 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. La conducta no se modifica fácilmente a través de la experiencia o por medio del castigo. La tolerancia a la frustración es baja, lo mismo que el umbral para la agresión, e incluso, la violencia. Hay tendencia a culpar a otros o racionalizar acerca del comportamiento y 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 cuasi verosímiles de los comportamientos conflictivos

#### Anotación Latinoamericana

Los clínicos que así lo deseen pueden utilizar el término “**Trastorno antisocial de la personalidad**” cuando cumplen con los criterios. Para el uso de términos, como “Personalidad psicopática” y “Personalidad sociopática” debe tomarse en cuenta que los individuos con personalidad disocial preservan la capacidad de respetar ciertas normas de comportamiento pertenecientes a su entorno, mientras que aquellos con personalidad antisocial serían incapaces de hacerlo. Personalidad psicopática se refiere hoy en día a los aspectos personales o íntimos de este trastorno, frialdad, desinterés por el otros, etc. Tomar en cuenta que el comportamiento disocial no deba ser mejor explicado, por 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 a actuar impulsivamente 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. Se pueden distinguir dos tipos: el impulsivo, caracterizado por inestabilidad emocional y por falta de control de los impulsos, y el limítrofe, 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
- limítrofe

**Excluye:** Trastorno disocial de la personalidad (F60.2)

### **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 limítrofe (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**. Este trastorno de personalidad se observa frecuentemente en personas que presentan asociados otros trastornos de personalidad u otros trastornos mentales y del comportamiento, tales como del humor (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, 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 sino también de superficialidad en el pensamiento y en la cognición, 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, son sugestionables, su afectividad suele ser superficial y lábil, y frecuentemente mienten o reflejan deformada la realidad.

### F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad (trastorno obsesivo compulsivo 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. Muchas de las manifestaciones conductuales pueden verse en sujetos bien adaptados. El clínico debe estar familiarizado con el comportamiento 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 autoinculcación, 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, hipersensibilidad al rechazo y a la

crítica, restricción de los afectos personales y tendencia a evitar ciertas actividades, por los peligros y riesgos potenciales de incomodidad personal.

### 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 conlleven 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 es una tendencia generalizada a la inhibición de las actividades sociales por profundos sentimientos de inadecuación, de pobre estima personal y de una marcada sensibilidad a la evaluación negativa del entorno. Son notorias la tendencia a “hacerse invisibles” en situaciones sociales, su aislamiento social y su propensión a ser objeto del ridículo social, lo que exacerba su convicción de ser rechazados.

**Incluye:** Trastorno evitativo de la personalidad

### F60.7 Trastorno de la personalidad dependiente

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por una dependencia y subordinación a otras personas para tomar decisiones en la vida. Hay gran temor al abandono, sentimientos de desamparo y de incompetencia, complacencia pasiva con los deseos de otros y una débil respuesta a las demandas de la vida cotidiana. La falta de vitalidad puede hacerse evidente en las esferas intelectual o emocional y volitiva con 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:  
• narcisista

Utilícese esta categoría si ninguna de las precedentes es adecuada cuando—NO 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 el siguiente trastorno específico de personalidad:

#### F60.83 Trastorno de la personalidad narcisista.

Se trata de un trastorno de personalidad caracterizado por la grandiosidad y una autoestima hipertrofiada, con la necesidad de que su *excepcionalidad* sea reconocida por los demás. El resto del mundo es sólo el fondo sobre el cual debe brillar. Subestiman los méritos ajenos o, cuando más, los reconocen en el “selecto” grupo de personas al que pertenecen y sólo si les sirven para su pertenencia a una determinada elite; sienten profunda envidia por cualquier mérito ajeno que pueda opacarlos. Tienden a establecer relaciones de explotación con los demás. Actúan como si los demás debieran estar al servicio de sus caprichos o necesidades, carentes de empatía, son percibidos como emocionalmente fríos y poco recíprocos.

#### 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.
- 2) Fantasías de carácter megalomaniaco.
- 3) Convicción de ser especial (único) y de que sólo puede ser comprendido y relacionarse con una elite.
- 4) Necesidad o demanda excesiva de admiración.
- 5) Expectación irracional de recibir tratos y consideraciones especiales, sentido exacerbado de sus derechos.
- 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.

### **F60.9 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**

Trastornos de la personalidad que a menudo son molestos, que no muestran síntomas específicos que caracteriza a los trastornos descritos en F60. Son más difíciles de diagnosticar que los de la categoría F60. Se incluyen:

- Trastornos mixtos de la personalidad con rasgos de varias de las alteraciones incluidas en la categoría F60.-, pero sin síntomas que permita un diagnóstico específico.
- Cambios molestos de la personalidad, no clasificables en F60.- o en F62.- 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.

### **F61.0 Trastornos mixtos de la personalidad**

Se presentan algunos de los criterios de varios de los trastornos de F60 pero sin llegar a cumplirse los criterios requeridos para ninguno de ellos.

#### **F61.1 Cambios conflictivos de la personalidad no clasificables en F60 ó F62**

Estos cambios no son clasificables en F60 o F62 y se consideran secundarios a un diagnóstico principal de trastorno afectivo o de ansiedad persistente.

## **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 después de la exposición a estrés prolongado, catastrófico o excesivo, o después de una enfermedad psiquiátrica grave. Este diagnóstico debe hacerse cuando hay evidencia de un cambio definido y perdurable del modo de percibir, relacionarse o pensar acerca de su entorno o sobre sí mismo. El cambio debe ser significativo y 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**

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. 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. 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 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 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. Se caracteriza por una dependencia excesiva y por una actitud de demanda. Hay convicción de haber cambiado o estigmatizado por la enfermedad. Hay pasividad, reducción de los intereses y de la participación en actividades recreativas, quejas persistentes de estar enfermo, 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

#### Comentarios al DSM-5

Las propuestas del grupo de trabajo del DSM-5 (APA) en trastornos de Personalidad, fueron destinadas a la III Sección del Manual, debido que han considerado que esas propuestas no han alcanzado la validez requerida. Tanto el grupo de trabajo del DSM-5 como el de la CIE-11 han puesto énfasis en el análisis primigenio de la gravedad del trastorno que estamos evaluando, lo que facilita la decisión de si se debe incorporar el paciente al tratamiento o no, en segundo lugar la consideraciones de dimensiones (grandes rasgos) que permiten un análisis dimensional en grados de la existencia o no del trastorno, luego el análisis de rasgos básicos que integran cada dimensión. Todo esto permite un diagnóstico más preciso de los tipos de personalidad, que ambos grupos han reducido en número, en base a una extensa investigación de la realidad clínica de la totalidad de los tipos de personalidad previamente considerados.

## **F63 Trastornos de los hábitos y de los impulsos**

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. 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.

### **Comentarios al DSM-5**

El DSM-5 ha incluido el juego patológico en el capítulo relacionado con sustancias y trastornos adictivos. Los criterios no hacen alusión a la presencia de “episodios” sino a un juego patológico problemático persistente y recurrente con afectación clínicamente significativa en el transcurso de un año. Además incluye como criterio de exclusión que el comportamiento no se deba a un episodio maníaco.

### **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 para 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.

#### **Comentarios al DSM-5**

El DSM-5 ha incluido la tricotilomanía en el capítulo Trastornos obsesivos-compulsivo y trastornos relacionados por considerar que existen evidencias que dichos trastornos están relacionados entre sí.

### **F63.8 Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos**

Otras clases de conductas persistentes y repetitivamente inadaptadas, 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

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.

## 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 Travestismo 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:** Travestismo 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 parafilia que pudiera confundirse con esta condición, el Travestismo 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 comprehensiva, 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.

**Comentarios al DSM-5**

En el DSM-5 incluye la categoría de “Disforia de género en adolescentes y adultos” y que se manifiesta por incongruencia marcada entre el sexo que siente la persona y el que se le asigna y donde la persona puede adoptar la conducta, el vestido y los manierismos del sexo que experimenta.

**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;
    - e) 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.

#### **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)**

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 maniaco.

### 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 Travestismo fetichista

Uso de ropas del sexo opuesto principalmente con el fin de obtener excitación sexual. El travestismo fetichista se distingue del travestismo 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 travestista

#### 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. El travestismo está íntimamente relacionado 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.

### F65.2 Exhibicionismo

Tendencia recurrente y permanente de 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 de 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 él, 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”. 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.

**Comentarios al DSM-5**

EL DSM-5 sugiere no incluir en el diagnóstico a un individuo al final de la adolescencia que mantiene relación sexual continua con otro individuo de 12 o 13 años.

**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.

**Comentarios al DSM-5**

EL DSM-5 diferencia dos categorías diagnósticas por un lado el "Trastorno de masoquismo sexual" y por otro lado el "Trastorno de sadismo sexual". Si una persona cumple ambos criterios recibe ambos diagnósticos.

**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 travestismo 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

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, lo cual incluye ausencia de destrezas sexuales, resistencias o temores individuales y diferencias

significativas en las expectativas de cada uno sobre el coito y 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 confirmadas- 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 debido en su origen a un trastornos somáticos, enfermedad o incapacidad confirmados, elaboren síntomas psicológicos debido en su origen a trastornos mentales confirmados que han sido exagerados o prolongados más allá de lo explicable por el trastorno mental en sí y que cumplen, por lo demás, con las características generales de esta condición. 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.



## ANEXO I

### Niveles de gravedad de los TP

Gravedad (40) Nivel	Clasificación	Descripción
0	No hay TP	Buena capacidad para establecer relaciones, recursos personales razonables para relacionarse en tiempos de adversidad.
1.	Dificultades en la P	Tendencia a modelos permanentes de conducta que interfieren con el funcionamiento social en tiempos de particular estrés y de vulnerabilidad pero no en otros momentos
2.	Trastorno simple de la P	Anormalidad particular y persistente de la P que crean un problema mayor en lo ocupacional, social, y/o en las relaciones personales (presentan un corte para un TP en el ICD 10 y en el DSM IV.
3.	T difuso de la P	Extensas anomalías de la P

Tyrer, 1996. Nuevo sistema para clasificar severidad de los TP. Preparación del ICD 11. Traducción: N. Koldobsky

## ANEXO II

### Funcionalidad. DSM IV Eje 5: Gaf

#### 1. Alto nivel funcional. Gaf + 65

Una persona capaz de desarrollar y mantener alguna actividad laboral o académica, algunas relaciones de cierta estabilidad. Los patrones relacionales típicos de las TP se aprecian sólo en las relaciones más cargadas afectivamente: la pareja y familia.

El tratamiento es habitual y regularmente ambulatorio, las hospitalizaciones son esporádicas, cortas y relacionadas en general con crisis puntuales (autolisis, angustia intensa ante rupturas o pérdidas interpersonales).

#### 2. Bajo nivel funcional Gaf - 45

Las relaciones afectivas y las tareas muy alteradas. Los ingresos son frecuentes y a veces largos. Con frecuencia estos pacientes acaban, de modo forzado, en dispositivos y programas para pacientes psicóticos. Estos pacientes despiertan en el terapeuta confusión e impotencia; se trata de personas que viven como un psicótico, sin padecer alteraciones graves de pensamiento, de la percepción o del sentido de realidad.

Fernando Iana Moliner\*; Miguel Ángel González Torres\*\*; Carlos Mirapeix\*\*\*. Niveles asistenciales y requisitos organizativos en el tratamiento de los TP. [psiquiatria.com](http://psiquiatria.com). 2006;

### Disposición para el tratamiento.

**Alta:** dependiente, histriónico, OC; evitativo, depresivo

**Intermedia:** narcisística, borderline, esquizotípica

**Baja:** paranoide, pasivo-agresivo, esquizoide, antisocial  
Stone, 1993

### Características del tipo r y s de adhesión al tratamiento de los TP.

2 tipos

Tipo r (rechazan el tratamiento)

Tipo s (buscan trat) Tyrer P.

### Mal pronóstico.

- inestabilidad afectiva, pensamientos mágicos, y agresión en las relaciones. (Mcglashan 1985, 1992)
- impulsividad o abuso de sustancias (links et al. 1993; Stone 1993)
- abuso sexual en la niñez (Paris et al. 1993)
- alta brutalidad parental-incesto (Stone 1990)
- inicio temprano (Links et al. 1993)
- mayor cronicidad (Mcglashan 1992)
- gran severidad (Links et al. 1998)

Instituto Argentino Para el Estudio y Tratamiento de los Trastornos de Personalidad (IAEPD)



## RETARSO MENTAL (F70-F79)

### 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 cognitivas, 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. Niveles 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, deben incluirse las pruebas de inteligencia, asegurándose de que:

- Tales pruebas estén debidamente estandarizadas;
- Sean aplicadas por un personal idóneo;
- Los factores capaces de distorsionar sus resultados hayan sido racionalmente excluidos.

Se recomienda:

#### Con fines investigativos:

- 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**

Coeficiente 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 concentúan 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 guiarse 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)

### INTRODUCCIÓN DE 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.

#### Anotación Latinoamericana

En países industrializados 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. En América Latina 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

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 anormalidades 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 farfalleo, 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.

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.  
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**

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 considerados cuando se interpreta los resultados de la evaluación de pacientes con estos trastornos, en especial aquellos que han migrado de América Latina a otros países y cuando los evaluadores puedan no estar adecuadamente familiarizados con la cultura del paciente. 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).

### **Comentarios al DSM-5**

Respecto a las categorías diagnósticas F81-F83, DSM-5 es más genérico y considera criterios de gravedad (leve, moderada, severa que la GLADP-VR no las toma en cuenta). Contrariamente la GLADP-VR es más específica en cada trastorno y considera la existencia de cuadros mixtos.

## **F81.0 Trastorno específico de la lectura (315.00)**

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.



### 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.

### 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.

### 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 cumplen 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** **(315.4)**

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.  
Criterio de exclusión frecuente: CI inferior a 70 en una prueba estandarizada.

### **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.

### Comentarios al DSM-5

El DSM-5 incluye una nueva categoría que denomina “Trastorno del espectro autista” y que abandona los términos de trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Rett y trastorno generalizado del desarrollo no especificado en otra categoría que antes aparecía en el DSM-IV. Establece y especifica 3 niveles de gravedad: Grado 1 “Necesita ayuda”, Grado 2 “Necesita ayuda notable” y Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”. Requiere que se especifique si: Con o sin déficit intelectual acompañante; con o sin deterioro del lenguaje acompañante; asociado a afección médica, genética o ambiental, asociado a otro trastorno mental; o con catatonía.

### 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;
    - e) 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).

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. Al igual que el Síndrome de Asperger, afecta a más niños que niñas; casi

75% tiene CI bajo, ausencia de lenguaje y/o aislamiento común (Sue et al., 2010). 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 identificación y la atención (F90.0) o un trastorno del humor [afectivo] (F30-F39).

Cuando el síndrome autístico se considera 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.

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, 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 muchos casos, se puede encontrar, simultáneamente con la sintomatología autística, otras condiciones médicas no psiquiátricas, 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 anomalías 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 pesar de que haya anomalías 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).
- D. 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



han 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. 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)

## 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 coreoatetósicos. 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 retorcerselas 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)

#### Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Desarrollo aparentemente normal hasta al menos los dos 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 dos 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 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 hiperkinéticos 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 Hipercinéticos (F90.-).

### Anotación Latinoamericana

La GLADP-VR acepta el uso del término “hipercinético” en sustitución del de “hiperactivo” para 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)**

### **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 anomalías. 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.  
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.-).

### Comentarios al DSM-5

En el DSM-5 el criterio de edad en el inciso G4 se amplió de 7 a 12 años con relación al DSM-IV. Además para los adolescentes y adultos se bajó de 6 criterios a 5 en la dimensión de la atención y del mismo modo en la dimensión hiperactividad e impulsividad que fueron incluidos en una misma dimensión se bajó de 6 a 5. Los criterios diagnósticos del DSM-5 permiten la identificación de presentaciones clínicas predominantemente con falta de atención o predominantemente hiperactiva/impulsiva, a diferencia del CIE-10 cuyos criterios obligan a una presentación mixta.

### F90.0 Perturbación de la actividad y la atención

- Incluye:** Trastorno o síndrome deficitario de la atención con hiperactividad  
Trastorno hipercinético con déficit de la atención  
Trastorno de la actividad y la atención
- Excluye:** Trastorno hipercinético asociado con trastorno de la conducta (F90.1)

### Criterios Diagnósticos de Investigación

Deben satisfacerse todos los criterios del trastorno hipercinético (F90) pero no los de los trastornos de conducta (F91).

### F90.1 Trastorno hipercinético de la conducta

- Incluye:** Trastorno hipercinético asociado con trastorno de la conducta  
Trastorno hipercinético disocial

### Criterios Diagnósticos de Investigación

Deben satisfacerse todos los criterios del trastorno hipercinético (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 hipercinéticos, especificados**

### **F90.9 Trastorno hipercinético, no especificado**

**Incluye:** Reacción hipercinética de la niñez o de la adolescencia sin especificación  
Síndrome hipercinético 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).

**Incluye:** Trastornos disociales

**Excluye:** Asociación con:

- Trastornos emocionales (F92.-)
  - Trastornos hipercinéticos (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) Allanamiento 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.

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.

### **Comentarios al DSM-5**

En el DSM-5 se los designa como Trastorno de conducta y requiere la presencia de por lo menos 3 criterios de un listado de 15 relacionados a la conducta agresiva a personas y animales, destrucción de la propiedad, mentira y robo, violación a las normas y reglas. La duración es de 12 meses con por lo menos un criterio presente en los últimos 6 meses. El DSM-5 establece como especificador "Con emociones prosociales limitadas" para distinguir la presencia de al menos dos de las siguientes características: a) Falta de remordimiento o culpabilidad; b) insensible, carente de empatía; c) despreocupado por su rendimiento; y d) afecto superficial o deficiente.

## **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.

**Incluye:** Trastorno de conducta limitado al contexto familiar

### **Criterios Diagnósticos de Investigación**

- A. Deben satisfacerse los criterios generales del trastorno de conducta (F91).
- B. 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.
- C. Al menos uno de los síntomas comprendidos del 9 al 23 debe haber estado presente durante al menos seis meses.
- D. 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 insocial  
Trastorno de la conducta, del tipo solitario agresivo

### **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. 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 debe estar presente 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**

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. 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.

**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**

- Deben satisfacerse los criterios generales de F91.
- 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 incluyen, 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. 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**

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 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. 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 asenado.
  - 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, rabietas, 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 de: (a) Antecedentes familiares de ansiedad de separación, y (b) presencia 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.

#### **Comentarios al DSM-5**

El DSM-5 permite el uso de esta categoría en adultos con una duración del cuadro clínico de seis meses o más.

### **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.

#### **Comentarios al DSM-5**

El DSM-5 no contempla esta categoría y lo subsume bajo el criterio de Fobia específica tanto para adultos como para niños con una duración de al menos seis meses o más.

### 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.

**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.

#### Comentarios al DSM-5

El DSM-5 no contempla esta categoría y lo subsume bajo el criterio de Trastorno de ansiedad social (fobia social) tanto para adultos como para niños con una duración de al menos seis meses o más.

### 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 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 hermanas 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 hacia un hermano, que son claramente desproporcionados, y causan gran malestar al paciente y distorsiones en la dinámica familiar.
- B) Síntomas de sufrimiento (ansiedad, depresión y otras formas de llamar la atención), y de hostilidad hacia el hermano, que pueden llegar a ser graves y hasta letales, negarse a compartir el tiempo, juguetes y actividades con él, etc.). También puede haber manifestaciones de rechazo, o de demandas afectivas exageradas hacia los padres u otras personas implicadas.
- 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 ocurren 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, 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 ocurren 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
- 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 (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.
- 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 otros trastornos

#### **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 tales como ansiedad, onicofagia, inquietud motora y síntomas aislados de carácter histriónico, obsesivo-compulsivo, fóbico o depresivo. 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 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 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 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.

### **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 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 selectivo 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). Suele asociarse a negligencia paternal grave, abuso o maltrato importante.

Use código adicional, para 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.

**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 hipercinéticos (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 cuya manifestación predominante es alguna forma de tic. Un tic es un acto motor involuntario, rápido, recurrente y arrítmico (habitualmente de grupos musculares circunscritos) o una emisión vocal de comienzo brusco, sin propósito aparente. Los tics suelen ser experimentados como irresistibles, pero 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 la utilización de términos -a menudo obscenos- socialmente inaceptables (coprolalia), o la repetición de sonidos o palabras propios (palilalia).

### **Anotación Latinoamericana**

En América Latina se les conoce popularmente como “manías”, “muecas”, “mal de San Vito” o “mal de Sambito”.

### **Comentario al DSM-5**

DSM-5 incluye como criterio diagnóstico de exclusión para todos los trastornos por tics, el siguiente: “*El trastorno no se pueda atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) o a otra afección médica (p. ej., enfermedad de Huntington, encefalitis posviral)*”. En consonancia con esto, el proyecto beta de CIE-11 propone la categoría de **Tic motor o fónico secundario**, definido como “*tics motores o fónicos debidos a trastornos o enfermedades clasificados en otra parte*”.

## **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**

- 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.
- Duración no superior a 12 meses.
- 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.
- 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 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. Suele agravarse durante la adolescencia, y a persistir en la edad adulta. Los tics vocales tienden a ser múltiples, con vocalizaciones iterativas explosivas, carraspeos y gruñidos, e incluyen el uso de palabras o frases obscenas (coprolalia) y el de 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.

**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:

La enuresis no es consecuencia directa de otro trastorno mental y del comportamiento codificado en la CIE-10.

### Comentarios al DSM-5

El DSM-5 incluye en el criterio de temporalidad una frecuencia de por lo menos dos veces por semana por un mínimo de 3 meses consecutivos o por la presencia de una perturbación clínicamente significativa en el funcionamiento social, académico o de otras áreas importantes. Además incluye la enuresis en la Categoría de Trastorno de Eliminación.

### 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.

**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. 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.

#### **Comentarios al DSM-5**

- A diferencia del CIE-10, el DSM-5 incluye un criterio de temporalidad de un evento por mes por un mínimo de 3 meses. Además incluye encopresis en la Categoría de Trastorno de Eliminación

### **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.). 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.

**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**

C.

*Síndromes  
Culturales*



## INTRODUCCIÓN

Existen diversos términos que designan las formas particulares de expresar la enfermedad mental y de vehicular la patoplastia cultural. Rubel (1964), definió las categorías populares de malestar (*distress*) como "el 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. Algunos autores han propuesto el uso de síndromes folklóricos a estos síndromes (Frisancho, 1988; Seguin, 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

*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. Asimismo, respecto a las conductas sexuales en ciertas áreas rurales existen zoofilia culturalmente toleradas y que no cumplen con los criterios estrictos de un trastorno mental o del comportamiento.*

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.

### SÍNDROMES CULTURALES PROPIAMENTE LATINOAMERICANOS

#### 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 mencionan 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. 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.

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 maléficis (Álvarez Heydenreich, 1976).

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). También en Argentina en particular y en la región rioplatense se practican en ocasiones “trabajos” de magia negra denominados “macumba” llevados a cabo por personas que pueden o no haber aprendido estas artes en Brasil. Quizás la mayoría de las manifestaciones neurológicas y psiquiátricas de un embrujo tanto en las ciudades argentinas como en los territorios mapuches del sur se debe a “trabajos” realizados con el concurso de la Brugmansia (Espinoza Concha, 1995) conocida como “Floripondio” o “Burundanga”, la cual debe sus efectos a los alcaloides Escopolamina y Hioscina

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)**

Trastorno con una prevalencia de vida de 0.4 a 46.5%, caracterizado primordialmente por cefalea, sonrojo o palidez facial y dolor abdominal y trastornos digestivos. Estos síntomas se presentan cuando una persona enfrenta una situación embarazosa que le produce mucha vergüenza. Se ha encontrado el Chucaque asociado con ansiedad y depresión.

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)**

Trastorno con una prevalencia de vida que va de 1.3% a 6.5% y que afecta prioritariamente a la población infantil indígena. Se caracteriza principalmente por vómitos, diarrea, llanto e intranquilidad, producida después de ser vistas fijamente por personas que tienen las siguientes características:

1. Poseedores de mirada fuerte, pesada, caliente, fija o penetrante.
2. Con sentimientos de envidia, admiración o deseo de posesión de lo que la otra persona tiene (se reporta en mujeres estériles o embarazadas que con estos sentimientos han “ojeado” a un niño bonito y robusto)
3. Personas que han sufrido experiencias emotivas u orgánicas fuertes -como locura, celos, envidia, ira, sed, hambre y excitación sexual- y acumulan demasiado calor y con su mirada son capaces de enfermar a personas débiles.
4. Algunas personas alcohólicas, iracundas, al igual que las embarazadas, presentan capacidad de enfermar con su vista mientras se mantienen en ese estado.

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 acompañada de enojo, coraje o ira (“me hierve la sangre”) es conocida en el ámbito popular como desencadenante; más aún, cuando los impulsos que la situación despierta son reprimidos, provocando una concentración de sentimientos insanos.

### **F45.1 Nervios, nerves, nevra, nerfiza (Latinoamérica, Norte de Europa, Grecia, Egipto)**

Se caracteriza por síntomas del espectro ansioso y depresivo que se acompañan de manifestaciones somáticas como cefalea, dolor muscular, náuseas, disminución del apetito, insomnio, fatiga y reactividad disminuida o agitación. Afecta más a las mujeres y su evolución tiende a ser crónica y episódica. Entre las condiciones causales se reportan: conflictos familiares, cólera, estrés, desequilibrio emocional y baja autoestima, entre otros. Debe diferenciarse del “ataque de nervios”

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); qissaatuq (Esquimales del ártico).

**Nota:** En el sur de México y en Centroamérica también se le denomina Flato

### **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.) (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).

Código CIE-10 propuesto F44.3, Trastorno de trance y posesión

### 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’Neil & 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.

**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.*

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 XY 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 6º mes de embarazo. En agosto de 1993, ella tuvo su 4ª 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<sup>a</sup> 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.



## FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL (GLADP-VR, PID, 24 Agosto 2012)

Nombre: Sra.A Código: \_\_\_\_\_ Fecha: 27Agosto2012  
 Edad: 34 Sexo: M Estado Civil: Casada Ocupación: Ama de casa

### I: ESTADO DE SALUD

**Trastornos Clínicos y Problemas Relacionados** (como se clasifican en la CIE-10).

A. Trastornos Mentales (trastornos mentales en general, de personalidad y desarrollo, y problemas personales relacionados):

<i>Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión</i>	<i>F31.7</i>

B. Condiciones Médico-Generales:

<i>Fibromialgia</i>	<i>M79.0</i>

**Funcionamiento de la Persona** (Use la escala siguiente para evaluar cada una de las áreas de funcionamiento)

Pésimo 0    1    Mínimo 2    3    Marginal 4    5    Aceptable 6    7    Sustancial 8    9    Óptimo 10

Áreas de Funcionamiento		Puntaje						
A	Cuidado personal	0	2	4	6	8	10	?
B	Ocupacional (empleado, estudiante, etc.)	0	2	4	6	8	10	?
C	Con la familia	0	2	4	6	8	10	?
D	Social en general	0	2	4	6	8	10	?

**Grado de Bienestar** (Indicar el nivel percibido por la persona, de pésimo a excelente, marcando uno de los 10 puntos en la línea de abajo directamente o con la ayuda de un instrumento apropiado).

Pésimo 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10 Excelente

## II. FACTORES INFLUYENTES SOBRE LA SALUD

### Factores de Riesgo:

- Peso Anormal   Hiper-colesterolemia   Hiperglicemia   Hipertensión   Tabaco   Alcohol  
Antecedentes familiares psiquiátricos   Trauma infantil severo   Estrés duradero o severo

Información adicional: Estrés relacionado con problemas familiares, culturales y económicos.

### Factores Protectores/Promotores:

- Dieta saludable   Actividad física   Actividad creativa   Participación social  
 Información adicional: *Vida familiar muy activa con amplia solidaridad y ha vuelto a los estudios.*

## III. EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS SOBRE LA SALUD

Identidad personal y cultural: *Identidad cultural musulmana residiendo en países con culturas contrastantes (Brasil, Líbano, Siria), expuesta a tensiones interculturales (fundamentalista vs liberal).*

Sufrimiento (reconocimiento, expresiones de malestar, creencias sobre la enfermedad): *Experiencia de "crisis emocional" relacionada con ambigüedad genital en un hijo/hija y presión familiar por su masculinidad.*

Experiencias y expectativas sobre atención a la salud: *Experiencias positivas con atención psiquiátrica, adherencia al tratamiento y búsqueda de estimulación académica y mejores niveles de bienestar.*

**FORMATO PARA PLAN DE ATENCIÓN CLÍNICA**Nombre: Sra. A Récord N°: \_\_\_\_\_ Fecha (d/m/a): 27\_Agosto 2012Edad: 34 Sexo:  M  F Estado civil: Casada 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.

ANEXO 2

CONDICIONES SELECCIONADAS DE OTROS

**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 V

**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 hipofísis**
  - E22.0 Acromegalia y gigantismo hipofisiario
  - E22.1 Hiperprolactinemia
  - Incluye:* Hiperprolactinemia inducida por drogas
- E23 Hipofunción y otros trastornos de la glándula hipofísis**
- E24 Síndrome de Cushing**
- E30 Alteraciones de la pubertad no clasificadas en otra parte**
  - E30.0 Pubertad retardada
  - E30.1 Pubertad precoz
- E34 Otras 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 postencefálico
- 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 Tinitus

## **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 Aterosclerosis 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 anormalidad 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

**O99 Otra enfermedad materna clasificable en otra parte, pero que complica el embarazo, el parto o el puerperio**

O99.3 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 (V0L-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 arrojarse 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  
- Electrocuición  
- 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 neurolépticos y fenotiazínicos

Y49.4 Neurolépticos de la butirofenona y tioxantina

Y49.5 Otros antipsicóticos y neurolépticos

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 (ludopatía)

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

## ANEXO 3

## INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

***Se incluyen instrumentos que pueden complementar la información para la formulación diagnóstica integral. A través del índice de calidad de vida puede estimarse el grado de bienestar; el uso de la tarjeta para mejorar la salud se recomienda para estimar el nivel II Factores influyentes sobre la salud; y a través del cuestionario de la formulación idiográfica obtener información para el nivel III Experiencias y expectativas sobre la salud.***

### Índice de Calidad de Vida

Evalúa la calidad de vida tomado en cuenta 10 aspectos relacionados con la calidad de vida: bienestar psicológico, bienestar físico, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo emocional y social, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal, satisfacción espiritual y una valoración global de la calidad de vida. Estos aspectos se encuentran ordenados en una escala de 10 ítems, cada uno de los cuales es valorado por la persona en una escala ordinal de 1 a 10 puntos. Ha sido validada en una muestra latina en Nueva York, así como en muestras argentinas y peruanas mostrando ser un instrumento válido y confiable que puede ser utilizado en el ambiente clínico y poblacional.<sup>1</sup> El Índice de Calidad de Vida ha mostrado sensibilidad a diferencias de nivel educativo estado civil y condiciones socioeconómicas. El score obtenido surge de promedio del puntaje de cada ítem y corresponde entre 1 al 10. Su uso permite la comparación de resultados entre las categorías de variables sociodemográficas o clínicas y en contraste con hallazgos poblacionales donde corresponda.

### Tarjeta para Mejorar la Salud

La Tarjeta para Mejorar la Salud fue desarrollada por la Alianza Mundial de Profesiones de la Salud (WHPA) con el propósito de brindar información sobre cómo mejorar la salud mediante comportamientos positivos y estilos de vida saludables.<sup>2</sup> La tarjeta se focaliza en las enfermedades no transmisibles cuya incidencia es factible de reducir a través de objetivos y medidas sencillas. La tarjeta consta de tres componentes: 1) evaluación de 4 factores de riesgo metabólicos y/o biométricos: el índice de masa corporal, los niveles de glucosa en sangre, los nivel de colesterol y la presión sanguínea; 2) evaluación de 4 factores relacionados al estilo de vida y comportamiento: dieta saludable, actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol; y 3) el establecimiento de compromisos para lograr objetivos ideales en cada uno de los factores mencionados. Los objetivos ideales propuestos son los siguientes: a) un índice de masa corporal entre 18.5 y 24.9 kg/m<sup>2</sup>; b) nivel de glucosa sérica inferior a 100mg/dl; c) nivel de colesterol sérico inferior

1 Robles Y, Saavedra JE, Mezzich JE, Sanz Y, Padilla M, Mejía O. Índice de calidad de vida: validación en una muestra peruana. *Anales de Salud Mental*. 2010; 26(2): 33-43.

2 World Health Professions Association, World Medical Association. Tarjeta para Mejorar la Salud. [Internet], 2017. Recuperado a partir de: [http://www.whpa.org/ncd\\_campaign\\_health\\_improvement\\_card.htm](http://www.whpa.org/ncd_campaign_health_improvement_card.htm).

a 200mg/dl; d) presión sanguínea sistólica inferior a 120mm Hg y presión sanguínea diastólica inferior a 80mm Hg; e) dieta saludable con al menos 5 porciones de frutas y verduras al día; f) actividad física de 30 minutos al día; g) no consumo de tabaco; y h) consumo de 2 o menos copas de 90ml de vino o su equivalente al día. Se sugiere ampliar información en: World Health Professions Association, World Medical Association. Tarjeta para Mejorar la Salud. Manual de Usuario para los Profesionales de la Salud. [Internet], 2017. Recuperado a partir de: [http://www.whpa.org/ncd\\_campaign\\_health\\_improvement\\_card.htm](http://www.whpa.org/ncd_campaign_health_improvement_card.htm)

### **Cuestionario de la Formulación Idiográfica**

Se trata de un instrumento narrativo de preguntas abiertas basado en las recomendaciones de la Guía Internacional de Evaluación Diagnóstica (IGDA)<sup>3</sup> y la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (2004)<sup>4</sup> que como parte de la formulación diagnóstica psiquiátrica estandarizada sugiere la incorporación de un componente idiográfico. Las preguntas fueron puestas a consideración de expertos en el área y refinadas lingüísticamente a través de grupos focales y han sido utilizadas y analizadas cualitativamente en estudios poblacionales.<sup>5</sup> Esta formulación idiográfica se centra en la individualidad o particularidad del paciente y está dirigida a proveer de información descriptiva complementaria e incluye: I, Problemas clínicos y su contextualización, referido a información complementaria clave y la elucidación de mecanismos pertinentes y contributorios desde perspectivas biológicas, psicológicas y socioculturales; II, Factores positivos del paciente, que incluye aspectos relacionados al tratamiento de la condición clínica y promoción de la salud, como por ejemplo, madurez de la personalidad, habilidades, talentos, recursos y soportes sociales y aspiraciones personales o espirituales; y III, Expectativas de restablecimiento y promoción de la salud, que corresponde a planes y deseos específicos de los que se espera alcanzar con el tratamiento y acerca de las metas compartidas concernientes al estado de salud y calidad de vida en el futuro. Este enfoque promueve involucrar más al paciente y su familia en los procesos de cuidados clínicos, y satisfacer las aspiraciones éticas de respeto a la dignidad del paciente y cubrir lo más cercanamente posible sus expectativas al enfrentar problemas de salud.<sup>6</sup> Este cuestionario puede ser llenado por la persona a evaluar mientras se encuentra en la sala de espera y comentado con el paciente durante la entrevista.

3 IGDA Workgroup, WPA. IGDA. Introduction. Br J Psychiatry 2003; 182 (supp. 45): s37-s39.

4 Sección de Diagnóstico y Clasificación de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico. Guadalajara: Asociación Psiquiátrica de América Latina; 2004.

5 Saavedra JE, Uchofen-Herrera V. Percepciones sobre la atención de salud en personas con problemas autoidentificados de salud mental en zonas rurales del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016; 33(4): 785-93.

6 Mezzich JE, Berganza CE. International Psychiatric Diagnosis. En: Sadock BJ, Sadock VA eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th edition. Vol.1. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. pp. 32-49.

## ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

### AHORA LE HARÉ ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE SU CALIDAD DE VIDA

POR FAVOR OBSERVE LA TARJETA No. 17 Y CALIFIQUE DE 1 A 10 CADA AREA DE SU VIDA, SEGÚN CORRESPONDA

ENTREVISTADOR(A): MARQUE 99 SI NO RESPONDE

72. **BIENESTAR FÍSICO** ES DECIR, SENTIRSE CON ENERGÍA, SIN DOLORES, NI PROBLEMAS FÍSICOS
73. **BIENESTAR PSICOLOGICO O EMOCIONAL** ES DECIR, SENTIRSE BIEN Y SATISFECHO(A) CONSIGO MISMO(A)
74. **AUTOCUIDADO Y FUNCIONAMIENTO INDEPENDIENTE** ES DECIR, CUIDAR BIEN DE SU PERSONA (POR EJEMPLO PODER ALIMENTARSE Y ASEARSE SOLO(A)), TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES
75. **FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL** ES DECIR, SER CAPAZ DE REALIZAR UN TRABAJO REMUNERADO, ACTIVIDADES DE ESTUDIO Y/O ACTIVIDADES DEL HOGAR
76. **FUNCIONAMIENTO INTERPERSONAL** ES DECIR, SER CAPAZ DE RESPONDER Y RELACIONARSE BIEN CON SU FAMILIA, AMIGOS Y GRUPOS
77. **APOYO SOCIAL - EMOCIONAL** ES DECIR, TENER PERSONAS EN QUIENES CONFIAR Y QUE LE PROPORCIONEN AYUDA Y APOYO EMOCIONAL
78. **APOYO COMUNITARIO Y DE SERVICIOS** ES DECIR CONTAR CON BUENOS VECINOS, DISPONER DE AYUDA ECONOMICA O FINANCIERA Y DE OTROS SERVICIOS COMO POR EJEMPLO: AYUDARSE EN SITUACIONES DIFICILES CON POLLADAS, COLECTAS, ETC.
79. **PLENITUD PERSONAL ES** DECIR, ESTE CUMPLIENDO CON LO QUE SE HA PROPUESTO EN SU VIDA. SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL Y DE ESTAR CUMPLIENDO CON SUS METAS MÁS IMPORTANTES
80. **SATISFACCIÓN ESPIRITUAL** ES DECIR, HABER DESARROLLADO UNA ACTITUD ESPIRITUAL HACIA LA VIDA MÁS ALLÁ DE LO MATERIAL Y ESTAR EN PAZ INTERIOR CONSIGO MISMO(A) Y CON LAS DEMÁS PERSONAS
81. **CALIDAD DE VIDA GLOBAL**, SENTIRSE SATISFECHO(A), (CONTENTO) Y FELIZ CON SU VIDA EN GENERAL

## TARJETA PARA MEJORAR LA SALUD

Hombre ( ) Mujer ( )

Edad 20-34 ( ) 35-39 ( ) 40-44 ( ) 50-54 ( ) 55-59 ( ) 60-64 ( ) 65-69 ( ) 70-74 ( )

Altura ( ) metros o pies      Peso ( ) kilogramos o libras

Circunferencia de la cintura ( ) centímetros o pulgadas

Índice de masa corporal =  $\frac{\text{peso (kg)}}{\text{estatura (m)} \times \text{estatura (m)}}$  ( ) kg/m<sup>2</sup>  
(Unidades métricas del SI)

**O**

Índice de masa corporal =  $\frac{\text{peso (lb)}}{\text{altura (pulg.)} \times \text{altura (pulg.)}}$  x703 ( ) lb/pulg.<sup>2</sup>  
(Unidades del sistema anglosajón)

### Tarjeta biométrica

- permite detectar indicadores de riesgo medibles que, a largo plazo, podrían ser perjudiciales para la salud y ocasionar diferentes tipos de cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias y cardíacas, trastornos mentales y enfermedades bucodentales.
- permite al profesional de la salud brindar al usuario la información, la asesoría, los tratamientos (eventualmente) y el cuidado necesarios.
- permite al usuario mejorar su salud mediante un plan de acción personalizado.

	■ OBJETIVO	■ PRECAUCIÓN	■ ALTO RIESGO
<b>INDICE DE MASA CORPORAL</b>	18.5 - 24.9	25 - 29.9	30 ó superior
<b>NIVEL DE GLUCOSA EN LA SANGRE</b>	inferior a 100 mg/dL	100 - 125 mg/dL o tratar hasta meta	126 mg/dL o más
<b>COLESTEROL</b>	inferior a 200 mg/dL no tratado	200 - 239 mg/dL o tratar hasta meta	240 mg/dL o más
<b>PRESIÓN SANGUÍNEA</b>	PAS inferior a 120 mmHg y PAD inferior a 80 mmHg	PAS 120 - 139 mmHg y PAD 80 - 89 mmHg	PAS superior a 140 mmHg y PAD superior a 90 mmHg

### PLAN DE ACCIÓN PARA MEJORAR LA SALUD

mi compromiso		mi objetivo: <span style="color: green;">■</span>
mi acción		fecha prevista:
acción del profesional de la salud		

Para más detalles, visitar [www.whpa.org](http://www.whpa.org)

Con el apoyo del FIIM




Con permiso de la World Health Professions Association, [http://www.whpa.org/ncd\\_campaign\\_health\\_improvement\\_card.htm](http://www.whpa.org/ncd_campaign_health_improvement_card.htm)

### Tarjeta de estilo de vida

- permite comprender cómo mejorar la salud cambiando el estilo de vida
- permite al profesional de la salud ayudar al usuario a mejorar su salud y bienestar
- permite disponer de un plan de acción para mejorar la salud y personalizarlo

		OBJETIVO	PRECAUCIÓN	ALTO RIESGO	
DIETA SALUDABLE	—	Una dieta poco saludable aumenta el riesgo de sobrepeso, obesidad y la posibilidad de desarrollar enfermedades bucodentales	5 porciones de frutas y verduras al día	Menos de 5 porciones de frutas y verduras al día	No como frutas ni verduras
	+	Comer una mayor cantidad de frutas y verduras al día y solicitar consejo para disminuir el consumo de sal y grasas saturadas			
ACTIVIDAD FÍSICA	—	La falta de actividad física aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, la diabetes y algunos tipos de cáncer	Actividad física 30 minutos al día	Actividad física inferior a 30 minutos al día	La actividad física no forma parte de mi rutina diaria
	+	Aumentar el tiempo de la actividad física en el hogar y en el trabajo y practicar deporte			
CONSUMO DE TABACO	—	El consumo de tabaco aumenta el riesgo del consumidor y el de su entorno de padecer cáncer, enfermedades pulmonares, ataques cardíacos y derrame cerebral	No, no consumo o he dejado de consumir tabaco		Sí, consumo tabaco
	+	Dejar de fumar desde ahora			
CONSUMO DE ALCOHOL	—	El consumo nocivo de alcohol aumenta el riesgo de trastornos mentales, daños en el hígado y muertes relacionadas con el alcohol	< 2 copas al día	3-4 copas al día	>5 copas al día o >5 días a la semana
	+	Limitar la cantidad de alcohol consumido al día			

#### PLAN DE ACCIÓN PARA MEJORAR LA SALUD

mi compromiso		mi objetivo: 
mi acción		fecha prevista:
acción del profesional de la salud		

Para más detalles, visitar [www.whpa.org](http://www.whpa.org)

Con el apoyo del FILM



## FORMULACIÓN IDIOGRÁFICA

NOMBRE: ..... FECHA: .....

### PROBLEMAS CLÍNICOS Y SU CONTEXTUALIZACIÓN

1. ¿Cuáles cree usted que son las causas o factores que dieron inicio a su problema de los nervios o de tipo emocional?
2. ¿Qué situaciones del pasado han influenciado en su problema de los nervios o de tipo emocional?
3. ¿Qué situaciones impiden o no permiten la recuperación de su problema de los nervios o de tipo emocional?

### FACTORES DEL PACIENTE

4. ¿Qué cualidad, fortaleza o recurso personal o habilidad tiene usted que le ayude a superar su problema de los nervios o de tipo emocional?
5. ¿Qué es lo que le da sentido a su vida (o cual es su razón de vivir)?
6. ¿Cómo contribuye (o ayuda) la fe o su vida espiritual en su salud?
7. ¿Qué apoyo ha recibido de su familia o personas cercanas por su problema de los nervios o de tipo emocional?
8. ¿Con qué (recursos) cuenta su familia para ayudarlo(a) en la recuperación (o superación) de su problema de los nervios o de tipo emocional?
9. ¿Con qué (recursos) cuenta su comunidad para ayudarlo(a) en la recuperación (o superación) de su problema de los nervios o de tipo emocional?

### EXPECTATIVAS DE RECUPERACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

10. ¿Considera usted que es posible recuperarse del problema de sus nervios o de tipo emocional? Por qué?
11. ¿Qué podría hacer usted para recuperarse o superar el problema de sus nervios o de tipo emocional?
12. ¿En qué podrían ayudarlo(a) los demás para recuperarse o superar el problema de sus nervios o de tipo emocional?
13. ¿Cómo debería estar usted para considerarse recuperado(a) o haber superado el problema de sus nervios o de tipo emocional?
14. ¿Cómo se ve en el futuro, una vez recuperado(a) o habiendo superado el problema de sus nervios o de tipo emocional?
15. ¿Qué atención espera recibir al ser atendido(a) en un establecimiento de salud por su problema de los nervios o de tipo emocional?
16. ¿Qué podría hacer usted para que le vaya mejor en la vida?

## ANEXO 4

## CUESTIONARIO SOBRE IDENTIDAD, EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS SOBRE LA SALUD

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### IDENTIDAD PERSONAL, CULTURAL Y SOCIAL

*La identidad social es la forma como uno se ve o identifica en su comunidad o sociedad; por ejemplo, identificación con grupos con los cuales Ud. se siente bien o piensan igual que usted, lo que puede relacionarse con los orígenes de su familia, con su género u orientación sexual, sus creencias religiosas, o su educación u ocupación.*

1. ¿Que lo identifica a Ud. o como se identifica Ud. característicamente como persona?
2. ¿Qué aspecto de su identidad personal es más importante para Ud?
3. ¿Hay algún aspecto de su identidad personal que le está causando problemas o preocupaciones?

*Con respecto a grupos culturales o étnicos, la mayor parte de la población en Latinoamérica es mestiza, con componentes indígenas, europeos, africanos y asiáticos en diferentes grados; aunque también existen grupos más específicos correspondientes a estos componentes culturales.*

4. ¿Con qué grupo de su amplio entorno social se identifica más?
5. ¿Con qué grupos culturales o étnicos se identifican usted y su familia?
6. ¿Qué aspecto de su identidad cultural o social le ha sido provechoso para su salud y su vida?
7. ¿Hay algún aspecto de su identidad cultural o social que le esté causando problemas o preocupaciones?

### SUFRIMIENTO

8. ¿Cómo se dio cuenta inicialmente que tenía un problema emocional?
9. ¿Cuáles cree usted son las causas o factores que dieron inicio a su problema emocional?
10. ¿Qué factores han influenciado en la persistencia de su malestar o problema emocional?
4. ¿Cómo se ha manifestado ese problema o malestar emocional?
5. ¿Qué es lo que más le perturba o afecta de su problema emocional?
6. ¿Qué situaciones o factores dificultan que se recupere de su problema emocional?

### EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS SOBRE LA ATENCIÓN A LA SALUD

14. ¿Cuál ha sido su experiencia cuando ha buscado anteriormente ayuda para problemas emocionales?
15. ¿Qué es lo que busca o desearía con el tratamiento actual?
16. ¿Qué es lo que considera más importante en el tratamiento de sus problemas emocionales?
17. ¿Qué aspectos de su vida deben tomarse más en cuenta en un plan de tratamiento?
18. ¿Qué espera de las personas que lo atiendan respecto de su salud emocional?





# ***BIBLIOGRAFÍA***



## BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman, N. W., Behrens, M. L. (1956). A study of family diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 26, 66-78.
- 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).
- Allegrí, 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/opspm9602.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.
- 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*, 4<sup>th</sup> ed. Washington, D. C.: Autor.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. 5<sup>ta</sup> ed. Arlington,VA.: 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.
- Barrionuevo, 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%20salud%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.
- Beck, U. (2002). *La sociedad del riesgo global*. Madrid: Siglo XXI.
- 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. (2010b). Síndromes folklóricos en cuatro ciudades de la sierra del Perú. *Anales de Salud Mental*, 26(1), 39-48.
- Bhatia, M., & Malik, S. (1991). Dhat syndrome: A useful diagnostic entity in Indian culture. *British Journal of Psychiatry*, 159, 691-695.
- 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).
- 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. (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*, 2<sup>nd</sup> ed revised. Nanjing, China: Dong Nan University Press.
- Cía, A. H. (2000). *Estrategias para superar el pánico y la agorafobia*, 2<sup>da</sup> edición. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.
- 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.
- 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. & Laplante, 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.
- 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.
- 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>
- 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.
- Fisher, S. (1977). On the classification of families. A progress report. *Arch Gen Psychiatry*, 34(4), 424-33.
- Friedman, J. (2001). *Identidad Cultural y Proceso Global*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Frisancho, D. (1988). La Medicina Folklorica 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, J. (1990). *La santería. El santo. Secretos de la Religión Lucumí*. Santo Domingo, República Dominicana: Editorial Arco Iris.
- García Sancho, F. (1998). Misoginia I. En S. Villaseñor (Compilador), *La Misoginia. 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-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., Del Vecchio-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. 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. (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.
- 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.
- 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.
- Hollweg, M. G. (1985). La "locura" en los indígenas y mestizos bolivianos. *Rev. de Humanidades, Cienc. Soc. y Rel. Intern.*, 1(1), 19-27.
- 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.
- 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.
- 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 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.
- 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., 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.
- 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.
- Kirmayer LJ, Mezzich JE, Van Staden W: Health Experience and Values in Person-Centered Assessment and Diagnosis. In: Mezzich J.E., Botbol M., Christodoulou G.N., Cloninger C.R., Salloum I.M. (Eds): *Person Centered Psychiatry*. Heidelberg: Springer, In Press
- 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.
- Lebra, W. (Ed.). (1976). *Culture-Bound Syndromes, Ethnopsychiatry and Alternative Therapies*. Honolulu: Universidad de Hawai.
- Lee, S. (1999). Diagnosis postponed: Shenjing Shuairuo and the transformation of Psychiatry in Post-Mao China. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 23: 349-380.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Mental Disability Rights International, Asociación Pro Derechos Humanos. (2004). *Derechos Humanos y Salud Mental en el Perú*. Lima: Gráfica Biblio.
- Mezzich, J. E. (1994). Epidemiology and diagnostic systems in psychiatry. *Acta Psychiatr Scand Suppl.*, 385, 61-65.
- 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., 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* (7<sup>th</sup> 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.
- Mezzich JE: Values and context in person centered diagnosis. *Indian Journal of Social Psychiatry*, in press.
- 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.
- 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 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.
- Oliveriarieta Marenco, 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.
- 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 Diagnóstico Psiquiátrico y su proceso de revisión. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 11, 18-25.
- 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.
- Perales, A. (1993). Salud mental en el Perú variables socioeconómicas, políticas y culturales. *Anales de Salud Mental*, 9, 83-107.
- Perales, A., Sogí, 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.
- 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.

- Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, Kraemer HC, Kuramoto SJ, Kuhl EA, Kupfer DJ. (2013). DSM-5 Field Trials in the United States and Canada, Part II: Test-Retest Reliability of Selected Categorical Diagnoses. *Am J Psychiatry*, 170,59-70.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Salloum I.M., Mezzich J.E. (2011) Conceptual appraisal of the Person-centered Integrative Diagnosis Model. *International Journal of Person Centered Medicine*, 1, 39-42.
- Sánchez, E. (1978). Algunos Aspectos Epidemiológicos de la Dependencia a Pasta Básica de Cocaína. *Rev. Neuropsiquiatr.*, 41(3-4),77-82 .
- 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.
- Schmolke, M., & Lecic-Tosevsky, D. (Eds.). (2003). Health promotion: An integral component of effective clinical care. *Dyn Psychiatry*, 36 (special issue), 221-319.
- Según, 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.
- Según, 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.
- 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., Allegrí, 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.
- 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.
- 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.
- 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*, 10<sup>th</sup> 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). *Multiaxial 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.

***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
<b>Abuso (de)</b> (ver también uso perjudicial)	
- analgésicos, F55.2	201
- antiácidos, F55.3	201
- antidepresivos, F55.0	201
- - tetracíclicos, F55.0	201
- - tricíclicos, F55.0	201
- aspirina, F55.2	201
- diuréticos, F55.8	202
- esteroides, F55.5	201
- fenacetina, F55.2	201
- hormonas, F55.5	201
- inhibidores de la monoamino oxidasa, F55.0	201
- laxantes, F55.1	201
- paracetamol, F55.2	201
- remedios o hierbas específicos, F55.6	201
- remedios populares específicos, F55.6	201
- sustancias que no producen dependencia, F55.8	202
- - no especificadas, * F55.9	
- vitaminas, F55.4	201
<b>Acalulia, del desarrollo, F81.2</b>	248
<b>Acrofobia, F40.2</b>	151
<b>Adaptación, trastorno de</b>	
- con otros síntomas específicos predominantes, F43.28	162
- con predominio de los trastornos de las emociones, F43.23	162
- con predominio de los trastornos del comportamiento, F43.24	162
- con trastornos mixtos de las emociones y de la conducta, F43.25	162
- reacción ansiosa y depresiva (mixta), F43.22	162
- reacción depresiva breve, F43.20	162
- reacción depresiva prolongada, F43.21	162
<b>Adicción</b> (ver síndrome, dependencia)	
<b>Aerofagia, psicógena, F45.3</b>	174
<b>Afasia</b>	245
- adquirida, con epilepsia, F80.3	245
- del desarrollo	244
- - de Wernicke, F80.2	244
- - tipo receptivo, F80.2	244
- - tipo expresivo, F80.1	244
<b>Afonía psicógena, F44.4</b>	166
<b>Agnosia auditiva, F80.2</b>	244
<b>Agorafobia,</b>	148
- con trastorno de pánico, F40.01	148
- sin trastorno de pánico, F40.00	148
<b>Aire, El, F45.9</b> (ver <b>Mal viento, Viento de la muerte, Aya-wayra</b> )	291
<b>Alcohol,</b>	85
- abstinencia, F10.3#	85
- - con delirium, F10.4#	85
- dependencia, F10.2#	84
- embriaguez aguda, F10.0#	82
- síndrome amnésico, F10.6	87
- trastorno psicótico, F10.5	86
- uso nocivo, F10.1	83
<b>Alcohólico (a) (s)</b>	86
- alucinosis (aguda), F10.5#	86

- celos, F10.5#	87
- paranoia, F10.5	87
- psicosis, F10.5	87
Alcoholismo	85
- crónico, F10.2	85
- síndrome de Korsakov, F10.6	88
<b>Alimentación de la infancia, trastorno de</b>	
<b>Alucinatorio</b>	63
- estado, orgánico, F06.0	63
- psicosis crónica, F28	122
<b>Alucinógenos,</b>	100
- estado de abstinencia, F16.3	99
- intoxicación aguda, F16.0	98
<b>Alucinosis</b>	87
- alcohólica, F10.5	87
- orgánica, F06.0	62
<b>Alzheimer, enfermedad de</b>	53
- demencia en, F00.9#	52
- - de comienzo precoz, F00.0#	52
- - de comienzo tardío, F00.1#	52
- - presenil, F00.0	52
- - senil, F00.1	51
- - tipo atípico, F00.2#	51
- - tipo mixto, F00.2	51
- tipo 1, F00.1	52
- tipo 2, F00.0#	52
<b>Amnesia disociativa, F44.0</b>	164
<b>Amnésico, síndrome (ver síndrome amnésico)</b>	164
<b>Amok, F68.81</b>	
<b>Anestesia y pérdida sensorial, disociativa, F44.6</b>	167
<b>Anhedonia (sexual), F52.11</b>	193
<b>Anorexia nerviosa, F50.0</b>	182
- atípica, F50.1	183
<b>Anorgasmia psicógena, F52.3</b>	195
<b>Ansiedad</b>	155
- depresión, F41.2	155
- episódica paroxística, F41.0	152
- estado, F41.1	154
- fóbica, de la infancia, F93.1	274
- histeria, F41.8	156
- neurosis, F41.1	154
- reacción, F41.1	154
- separación, de la infancia, F93.0	272
- social, de la infancia, F93.2	275
- sueño, F51.1	188
<b>Ansiedad, trastorno de</b>	151
- - fóbica, F40.9	151
- - de la infancia, F93.1	273
- - especificada, * F40.8	151
- - generalizada, F41.2	155
- - mixta, F41.3	156
- - separación de la infancia, F93.0	273
- - social, de la infancia, F93.2	275
- - depresión mixta, F41.2	155
<b>Antropofobia, F40.1 (ver Taijin kyofusho)</b>	149
<b>Aprendizaje, desarrollo del, trastorno de, F81.9</b>	250
<b>Arrancarse el pelo, F98.4</b>	287
<b>Articulación, funcional, trastorno de, F80.0</b>	242
<b>Asperger, síndrome de, F84.5</b>	259
<b>Astenia, neurocirculatoria, F45.30</b>	175
<b>Ataque de pánico, F41.0</b>	152
<b>Atención, déficit de</b>	288

- sin hiperactividad, F98.8	288
- síndrome con hiperactividad, F90.0	264
- trastorno de hiperactividad, F90.0	264
<b>Atontado, síndrome del, F39.1</b>	147
<b>Ausencia del colegio, F91.2</b>	268
<b>Autismo</b>	254
- atípico, F84.1	254
- de la infancia, F84.0	252
- infantil, F84.0	252
<b>Autístico (a)</b>	256
- psicopatía, F84.5	256
- trastorno, F84.0	252
<b>Aversión, sexual, F52.10</b>	194
<b>Balanceo de la cabeza (repetitivo), F98.4</b>	287
<b>Beziehungswahn, sensitiver, F22.0</b>	113
<b>Bilis, síndrome de, F45.9</b>	177
<b>Bipolar, trastorno, F31.8#</b>	132
<b>Bipolar afectivo, trastorno, F31.9</b>	133
- en remisión (actualmente), F31.7	132
- episodio actual	131
- - depresión leve o moderada	131
- - con síntomas somáticos, F31.31	131
- - - sin síntomas somáticos, F31.30	131
- - depresión grave	131
- - - con síntomas psicóticos, F31.4	130
- - hipomaníaco, F31.0	128
- - maníaco	130
- - - con síntomas psicóticos, F31.2	129
- - - sin síntomas psicóticos, F31.1	129
- - mixta, F31.6	131
- específica, F31.8	132
- orgánica, F06.31	63
<b>Bla, El, F45.9</b>	278
<b>Bofetadas, estereotipadas, autoinfligidas, F98.4</b>	287
<b>Bouffée délirante</b>	118
- con síntomas de esquizofrenia, F23.1	117
- sin síntomas de esquizofrenia, F23.0	118
- - con estrés agudo, F23.01	118
- - sin estrés agudo, F23.00	118
<b>Briquet, trastorno de, F48.8</b>	181
<b>Brujería, ver daño, F45.9</b>	294
<b>Bulimia nerviosa, F50.2</b>	184
- atípica, F50.3	185
<b>Cafeína,</b>	98
- estado de abstinencia, F15.3	98
- intoxicación aguda, F15.0	97
<b>Calambre del escribiente, F48.8</b>	181
<b>Cannabinoides,</b>	92
- intoxicación aguda, F12.0	92
- estado de abstinencia, F12.3	93
<b>Ceceo, F80.8</b>	246
<b>Cefalea, psicógena, F45.4</b>	177
<b>Celos F93.3</b>	274
- alcohólico, F10.5	87
- hermanos, F93.3	274
<b>Chucaque, F45.9</b>	295
<b>Ciclotimia, F34.0</b>	143
<b>Claustrofobia, F40.2</b>	152
<b>Cleptomanía, F63.2</b>	220
<b>Cocaína,</b>	94
- intoxicación aguda, F14.0	94
- - síndrome de pasta básica de,	95

- estado de abstinencia, F14.3	96
<b>Colerina, síndrome de la, (F45.9)</b>	295
<b>Colon irritable, síndrome del, F45.32</b>	176
<b>Complejo demencia SIDA F02.4</b>	58
<b>Comportamiento, trastorno del</b>	270
- con trastorno depresivo (F30-F39), F92.0	270
- con trastorno emocional (F93), F92.8	271
- con trastorno neurótico (F40-F48), F92.8	271
- depresiva, F92.0	270
- hipercinética, F90.1	270
- infancia, F91.9	270
- limitada al contexto familiar, F91.0	268
- no socializada, F91.1	268
- oposicional desafiante, F91.3	269
- socializada, F91.2	268
- tipo grupo, F91.2	268
- tipo solitaria agresiva, F91.1	268
<b>Compulsivos, actos, F42.1</b>	159
<b>Confusión psicógena, F44.88</b>	170
<b>Confusional, estado (no alcohólico), F.05</b>	61
- subagudo, F05	61
<b>Conversión</b>	165
- histeria, F44	165
- reacción, F44	165
- trastorno, F44	165
<b>Convulsiones disociativas, F44.5</b>	168
<b>Crepuscular, estado (ver estado crepuscular)</b>	169
<b>Creutzfeldt-Jacob, enfermedad de, F02.1#</b>	56
<b>Da Costa, síndrome de, F45.30</b>	176
<b>Daño, ver brujería, F45.9</b>	294
<b>Dhat, F48.8</b>	181
<b>Deficiencia mental (ver retraso mental)</b>	235
<b>Delincuencia, juvenil, grupo, F91.2</b>	268
<b>Delirante, trastorno de, F22.0</b>	114
- inducida, F24	120
- persistente, F22.9	116
- - especificada, * F22.8	116
<b>Delirio sensitivo de referencia F22</b>	114
<b>Delirium, F05.9</b>	62
- abstinencia, F1x.4	78
- no sobrepuesto a demencia, F05.0	61
- origen mixto, F05.8	61
- tremens (inducido por alcohol), F10.4#	86
<b>Demencia en F03#</b>	58
- complejo parkinsonismo-demencia de UAM, F02.3	57
- corea de Huntington (enfermedad), F02.2#	56
- deficiencia de niacina, pelagra, F02.8#	58
- deficiencia de vitamina B-12, F02.8#	58
- degeneración hepatolenticular (enfermedad de Wilson), F02.8#	58
- degenerativa primaria, F03#	58
- enfermedad de Alzheimer, F00.9#	53
- - atípica, F00.2#	52
- - comienzo precoz, F00.0#	51
- - comienzo tardío, F00.1#	52
- - intoxicación por carbohidratos, F02.8#	58
- - lipidosis cerebral, F02.8	58
- - predominantemente cortical, F01.1#	54
- - tipo mixta, F00.2#	52
- enfermedad de Creutzfeldt-Jacob, F02.1	56
- enfermedad de Parkinson, F02.3#	57
- enfermedad de dic, F02.0#	55
- enfermedad del virus de la inmunodeficiencia humana, VIH, F02.4#	58

- enfermedad especificada, * F02.8#	58
- epilepsia, F02.8#	58
- esclerosis múltiple, F02.8#	58
- hipercalcemia, F02.8#	58
- hipotiroidismo adquirido, F02.8#	58
- infantil, F84.3	249
- intoxicaciones, F02.8#	58
- lupus eritematoso sistémico, F02.8#	58
- multi-infarto, F01.1#	54
- neurosífilis, F02.8#	58
- parálisis agitada, F02.3#	57
- parálisis general del demente, F02.8#	58
- parkinsonismo, F02.3#	57
- poliarteritis nodosa, F02.8	58
- predominantemente cortical, F01.1#	57
- presenil, F03#	58
- primariamente degenerativa, F03#	58
- - tipo Alzheimer, F00.0#	51
- senil, F03#	58
- - tipo Alzheimer, F00.1#	52
- tripanosomiasis, F02.8#	58
- vascular, F01.9#	55
- - de comienzo agudo, F01.0#	54
- - especificada, * F01.8#	55
- - mixta, cortical y subcortical, F01.3#	55
- - subcortical, F01.2#	54
<b>Dependencia (ver síndrome, dependencia)</b>	76
<b>Depresión, F32.9</b>	139
- agitada, episodio único, F32.2	137
- ansiedad	157
- - leve o no persistente, F41.2	157
- - persistente (distimia), F34.1	145
- atípica, F32.8	138
- endógena, F33.-	134
- mayor	134
- - enmascarada, F32.8	134
- - episodio único, F32.-	134
- - recurrente, F33.-	139
- monopolar, F33.9	143
- neurótica (persistente), F34.1	145
- postesquizofrénica, F20.4#	110
- postnatal, F53.0	200
- postparto, F53.0	200
- psicógena, F32	134
- - psicótica, F32.3	137
- reactiva, F32	134
- - vital, sin síntomas psicóticos, F32.2	137
<b>Depresivo, episodio, F32.9</b>	139
- especificado, * F32.8	138
- grave	137
- - con síntomas psicóticos, F32.2	137
- - sin síntomas psicóticos, F32.2	137
- leve, F32.0	136
- - con síntomas somáticos, F32.01	136
- - sin síntomas somáticos, F32.00	136
- moderado, F32.1	137
- - con síntomas somáticos, F32.11	137
- - sin síntomas somáticos, F32.10	137
<b>Depresivo, trastorno, F32.9</b>	139
- orgánico, F06.32	64
- recurrente, F33.9	143
- - breve, F38.10	147

- - episodio actual	142
- - - en revisión, F33.4	142
- - - leve, F33.0	140
- - - - con síntomas somáticos, F33.01	140
- - - - sin síntomas somáticos, F33.00	140
- - - moderado, F33.1	141
- - - - sin síntomas somáticos, F33.10	141
- - - - con síntomas somáticos, F33.11	141
- - - grave,	141
- - - - con síntomas psicóticos, F33.3	141
- - - - sin síntomas psicóticos, F33.2	141
- - - especificado, * F33.8	142
<b>Deprivación (ver estado, deprivación)</b>	
<b>Desarrollo, trastorno del, F89</b>	261
- afasia F58.1	243
- - capacidades aritméticas, F81.2	248
- - tipo expresivo, F80.1	243
- - tipo recesivo, F80.2	244
- articulación, F80.0	242
- coordinación, F82	250
- escritura expresa, F81.8	250
- especificado, * F88	261
- fonológico, F80.0	242
- función motora, F82	250
- generalizada, F84	251
- habilidades escolares, F81.9	250
- - mixto, F81.3	249
- lenguaje, F80.9	246
- - especificado, * F80.0	242
- mixta, específica, F83	251
- psicológico, F89	261
<b>Deseo sexual, pérdida o disminución, F52.0</b>	193
<b>Despersonalización, desrealización, síndrome de, F48.1</b>	180
<b>Desrealización, F48.1</b>	180
<b>Desviación, sexual, F65.9</b>	223
<b>Dhat, síndrome de, F48.8</b>	181
<b>Diarrea</b>	176
- psicógena, F45.32	176
- síndrome de gas, F45.32	176
<b>Dipsomanía, F10.2#</b>	85
<b>Disfasia, del desarrollo</b>	244
- tipo expresivo, F80.2	244
- tipo receptivo, F80.2	244
<b>Disfonía psicógena, F44.4</b>	167
<b>Disfunción</b>	196
- orgásmica, F52.3	196
- sexual no causada por trastorno o enfermedad orgánica, F52.9	199
- - especificada, * F52.8	199
- somatomorfo autónomo (del), F45.3	177
- - órgano especificado, * F45.38	176
- - sistema cardiovascular y corazón, F45.30	176
- - sistema genitourinario, F45.34	176
- - sistema respiratorio, F45.33	176
- - tracto gastrointestinal alto, F45.31	176
- - tracto gastrointestinal bajo, F45.32	176
<b>Dislalia (del desarrollo), F80.0</b>	242
<b>Dislexia (del desarrollo), F81.0</b>	247
<b>Dismorfofobia (no delirante), F45.2</b>	173
- delirante, F22.8	116
<b>Disociativo, trastorno, F44.5</b>	168
- especificado, *F44.88	170
- mixto, F44.7	169

- motor, F44.4	167
- transitorio, en la infancia y la adolescencia, F44.82	170
<b>Disolventes volátiles,</b>	103
- estado de abstinencia, F18.3	103
- intoxicación aguda, F18.0	102
<b>Dispareunia, no orgánica, F52.6</b>	198
<b>Dispraxia, del desarrollo, F82</b>	250
<b>Dispepsia, psicógena, F45.31</b>	176
<b>Disomnía, F51</b>	187
<b>Distimia, F34.1</b>	145
<b>Disuria psicógena, F45.34</b>	176
<b>Dolor, trastorno persistente somatomorfo, F45.4</b>	176
<b>Dorsalgia, psicógena, F45.4</b>	176
<b>Elaboración psicológica de síntomas somáticos, F68.0</b>	231
<b>Embriaguez aguda, en alcoholismo, F10.0#</b>	83
<b>Encefalitis, subaguda, VIH, F02.4#</b>	58
<b>Encefalopatía</b>	58
- VIH, F02.4#	58
- post-comocional, F07.2	69
<b>Encopresis, de origen no orgánico, F98.1</b>	284
<b>Enfermedad (de)</b>	51
- Alzheimer, F00, #	51
- Creutzfeld-Jakob, F02.1#	56
- Huntington, F02.2#	56
- Parkinson, F02.3#	67
- Pick, F02.0	55
<b>Enuresis (primaria) (secundaria), F98.0</b>	283
- funcional, F98.0	283
- origen no orgánico, F98.0	283
- psicógena, F98.0	283
<b>Epilepsia límbica, síndrome de la personalidad de, F07.0</b>	67
<b>Episodio</b>	248
- delecto, específico, F81.1	248
- disocial agresivo, F91.1	268
- estrés postraumático, F43.1	161
- funcionamiento social	281
- - especificado, * F94.8	281
- - retracción y timidez debido a deficiencias en la competencia social, F94.8	281
- hipomaniaco, F30.0	125
- maniaco, F30.9	128
- - deseo, hipoactivo, F52.0	193
- - maduración, F66.0#	270
- - preferencias, F65.9	229
- - - especificado, * F65.8	229
- - relaciones, F66.2#	230
- rivalidad entre hermanos, F93.3	274
- somatización, F45.0	171
- somatomorfo, F45.9	178
- - dolor, persistente, F45.4	176
- - especificado, * F45.8	177
- - indiferenciado, F45.1	173
- sueño	192
- - emocional, F51.9	192
- - no orgánico, F51.9	192
- - - especificado, * F51.8	192
- tic, F95.9	283
- - combinado múltiple motor y fonatorio, F95.2	282
- - crónico	273
- - - fonatorio local, F95.1	273
- - - motor, F95.1	273
- - especificado, * F95.8	274
- - transitorio, F95.0	273



- trance y posesión, F44.3	161
<b>Esquizofrenia, F20.9#</b>	112
- aguda, indiferenciada, F23.2#	117
- atípica, F20.3#	108
- catatónica, F20.2#	107
- cenestopática, F20.8#	111
- cíclica, F25.2	121
- crónica, indiferenciada, F20.5#	110
- desorganizada, F20.1#	107
- específica, * F20.8#	111
- hebefrénica, F20.1#	107
- indiferenciada, F20.3#	108
- latente, F21	112
- límite, F21	112
- parafrénica, F20.0#	106
- paranoide, F20.0#	106
- prepsicótica, F21	112
- prodrómica, F21	112
- pseudoneurótica, F21	112
- pseudopsicopática, F21	112
- residual, F20.5#	109
- simple, F20.6#	110
<b>Esquizofrénico</b>	103
- catalepsia, F20.2#	108
- catatónico, F20.2	108
- flexibilidad cerea, F20.2	108
- reacción, latente, F21	112
- restzustand, F20.5#	110
<b>Esquizofreniforme</b>	62
- trastorno orgánico, F06.2	62
- trastorno psicótico agudo (ver trastorno psicótico)	63
<b>Esquizofreniforme, trastorno, F20.8#</b>	111
- breve, F23.2	118
<b>Esquizoide</b>	260
- trastorno de la infancia, F84.5	260
- trastorno de la personalidad, F60.1	206
<b>Esquizotípico</b>	112
<b>Esquizotípico, trastorno de personalidad, F21</b>	112
<b>Esteriotipados movimientos, patologías (autoinfligidas), F98.4</b>	287
<b>Estrés</b>	163
- reacción, F43.9	163
- - agudo, F43.0	159
- - especificado, * F43.8	163
- trastorno, postraumático, F43.1	160
<b>Estupor</b>	108
- catatónico, F20.2#	107
- depresivo, F32.3	136
- disociativo, F44.2	165
- maniaco, F30.2	126
<b>Exhibicionismo, F65.2</b>	225
<b>Eyacuación precoz, F52.4</b>	195
<b>Factores psicológicos y del comportamiento</b>	199
- asociado con trastornos o enfermedades clasificadas en otro lugar, F54	199
- que afectan a las condiciones físicas, F54	199
<b>Fallo de la respuesta genital, F52.2</b>	194
<b>Farfalleo, F98.6</b>	288
<b>Fatiga</b>	178
- combate, F43.0	159
- síndrome, F48.0	178
<b>Fetichismo, F65.0</b>	224
- transvestista, F65.1	225
<b>Fingimiento de síntomas e incapacidades (física) (psicológica), F68.1</b>	231

<b>Flatulencia psicógena, F45.32</b>	175
<b>Fobia, F40.9</b>	151
- animales, F40.2	150
- específica (aislada), F40.2	150
- simple, F40.2	150
- social, F40.1	149
<b>Fóbico</b>	151
- ansiedad (reacción), (trastorno), F40.9	151
- - especificado, * F40.8	151
- estados, F40.9	151
<b>Folie à deux, F24</b>	119
<b>Frigidez, F52.0</b>	192
<b>Frigofobia, F40.2 (ver Pa-leng)</b>	150
<b>Froteurismo, F65.8</b>	228
<b>Fuga, disociativa, F44.1</b>	164
<b>Ganser, síndrome de, F44.80</b>	168
<b>Gerstmann, síndrome, del desarrollo, F81.2</b>	248
<b>Gilles de la Tourette, síndrome de, F95.2</b>	283
<b>Hebefrenia, F20.1#</b>	107
<b>Heller, síndrome de, F84.3</b>	257
<b>Hipercinético, trastorno, F90.9</b>	266
- conducta, F90.1	265
- especificado, * F90.8	266
<b>Hiperemesis gravídica, psicógena, F50.5</b>	185
<b>Hiperfagia (asociada con)</b>	185
- psicógena, F50.4	185
- trastornos psicológicos, especificada, * F50.4	185
<b>Hipersomnia no orgánica, F51.1</b>	187
<b>Hiperventilación psicógena, F45.33</b>	175
<b>Hipnóticos</b>	93
- estado de abstinencia, F13.3	93
- intoxicación aguda, F13.0	92
<b>Hipo psicógeno, F45.31</b>	175
<b>Hipocondriasis, F45.2</b>	172
<b>Hipomanía, F30.0</b>	124
<b>Histeria, F44#</b>	163
- ansiedad, F41.8#	156
- conversión, F44#	163
- del ártico, F44.88 (ver Pibloktoq)	169
<b>Hospital, síndrome de peregrinaje, F68.1</b>	231
<b>Hospitalismo, en niños, F43.28</b>	162
<b>Hungtinton, corea o enfermedad, F02.2#</b>	55
<b>Hurgarse el ojo, estereotipado, autoinfligido, F98.4</b>	287
<b>Idiicia, F73#</b>	238
<b>Imbecilidad, F71#</b>	238
<b>Impotencia (sexual) (psicógena), F52.2</b>	184
<b>Incapacidad</b>	250
- adquisición del conocimiento, F81.9#	250
- aprendizaje, F81.9#	250
<b>Incontinencia de origen no orgánico</b>	285
- heces, F98.1	285
- orina, F98.0	284
<b>Insomnio, no orgánico, F51.0</b>	186
<b>Institucional, síndrome, F94.2</b>	281
<b>Intoxicación, aguda (debida a)</b>	82
- alcohol, F10.0#	82
- alucinógenos, F16.0#	98
- cannabinoides, F12.0#	91
- cocaína, F14.0#	93
- disolventes volátiles, F18.0#	101
- drogas múltiples, F19.0#	102
- estimulantes, * F15.0#	96

- hipnóticos, F13.0#	92
- opioides, F11.0#	89
- sedantes, F13.0#	92
- sustancias psicoactivas, * F19.0#	102
- tabaco, F17.0#	100
<b>Juego</b>	218
- compulsivo, F63.0	218
- patológico, F63.0	218
<b>Kanner, síndrome de, F84.0</b>	252
<b>Koro, síndrome de, F48.8</b>	292
<b>Laleo, F80.0</b>	242
<b>Landau-Kleffner, síndrome de, F80.3</b>	245
<b>Latah, síndrome de, F48.8</b>	180
<b>Lectura</b>	247
- inversa, F81.0	247
- retraso, específico, F81.0	247
- trastorno específico, F81.0	247
- - con dificultad de deletreo, F81.0	247
<b>Lenguaje, trastorno del desarrollo del, F80.9</b>	248
<b>Límite, personalidad (trastorno), F60.3</b>	207
<b>Lobotomía, síndrome de, F07.0</b>	66
<b>Mal de Ojo, síndrome del, (F45.8)</b>	296
<b>"Mal viaje" (debido a alucinaciones), F16.0</b>	98
<b>Manía, F30.9</b>	127
- con síntomas psicóticos, F30.2	126
- sin síntomas psicóticos, F30.1	125
<b>Marihuana, (ver Cannabinoides), F12.3</b>	92
<b>Masoquismo, F65.5</b>	227
<b>Masturbación, excesiva, F98.8</b>	288
<b>Melancolía</b>	
<b>Micción, aumento de frecuencia, psicógena, F45.34</b>	175
<b>Mordeduras autolesivas estereotipadas, F98.4</b>	287
<b>Moron, F70#</b>	237
<b>Muina, síndrome de la, F45.8</b>	296
<b>Munchhausen, síndrome de, F68.1</b>	231
<b>Mutismo</b>	280
- electivo, F94.0	280
- selectivo, F94.0	280
<b>Necrofilia, F65.8</b>	228
<b>Nervios, síndrome de, F45.1</b>	172
- ataque de, F98.8	288
<b>Neurastenia, F48.0</b>	177
<b>Neurosis</b>	157
- anancástica, F42	157
- carácter, F60.9	213
- cardíaca, F45.30	175
- compensación, F68.0	230
- depresiva, F34.1	144
- gástrica, F45.31	175
- hipocondriaca, F45.2	172
- obsesiva, F42	156
- obsesiva-compulsiva, F42	156
- ocupacional, F48.8	180
- psicasténica, F48.8	180
- social, F40.1	149
- traumática, F43.1	160
<b>Nevada, síndrome de la, F39.0</b>	297
<b>Nicotina, (ver tabaco)</b>	99
<b>Ninfomanía, F52.7</b>	197
<b>Niño torpe, síndrome, F82</b>	250
<b>Nosofobia, F45.2</b>	172
<b>Obsesivo</b>	156

- neurosis, F42	156
- pensamientos y actos, mixto, F42.2	158
- pensamientos, F42.0	158
- rituales, F42.1	158
- rumiaciones, F42.0	158
<b>Obsesivo-compulsivo</b>	158
- neurosis, F42	158
- trastorno, F42.9	158
- - especificado, * F42.8	158
<b>Oligofrenia (ver retraso, mental)</b>	118
<b>Oneirofrenia, F23.2</b>	118
<b>Onicofagia, F98.8</b>	288
<b>Orgasmo, inhibido (hombre) (mujer), F52.3</b>	195
<b>Orgásmica, disfunción, F52.3</b>	195
<b>Orientación sexual egodistónica, F66.1#</b>	229
<b>Opiáceos</b>	90
- estado de abstinencia, F11.3	90
- intoxicación aguda, F11.0	89
- uso nocivo, F11.1	90
- síndrome de dependencia, F11.2	90
<b>Paidofilia, F65.4</b>	226
<b>Pa-leng, F40.2 (ver frigofobia)</b>	150
<b>Paje, síndrome del, F44.3</b>	297
<b>Pánico</b>	152
- ataque, F41.0	152
- trastorno, F41.0	152
<b>Parafilia, F65.9</b>	228
<b>Parafrenia (tardía), F22.0</b>	113
<b>Parálisis de los miembros</b>	166
- histérico, F44.4	166
- psicógeno, F44.4	166
<b>Paranoia, F22.0</b>	113
- alcohólica, F10.5	86
- querulante, F22.8	115
<b>Paranoide</b>	106
- esquizofrenia, F20.0#	106
- estado, F22.0	113
- - involutiva, F22.8	115
- personalidad, F60.0	205
- psicosis, F22.0	113
<b>Parasomnia, F51</b>	186
<b>Parkinson, enfermedad de, F02.3#</b>	56
<b>Parkinsonismo-demencia, complejo de UAM, F02.8#</b>	57
<b>Patológico</b>	219
- incendio, F63.1	219
- juego, F63.0	218
- robo, F63.2	219
<b>Pérdida de</b>	185
- apetito, psicógeno, F50.8	185
- deseo sexual, F52.0	192
<b>Peregrinaje, del paciente, F68.1</b>	231
<b>Persistente somatomorfo, trastorno de dolor, F45.4</b>	175
<b>Personalidad</b>	217
- cambio persistente (no debido a daño o enfermedad cerebral) F62.9	217
- - duelo, F62.8	217
- - enfermedad psiquiátrica, F62.1	216
- - especificado, * F62.8	217
- - experiencia catastrófica, F62.0	214
- síndrome, dolor crónico, F62.8	217
- trastorno, F60.9	213
-- afectiva, F34.0	142
- - agresiva, F60.30	208

-- amoral, F60.2	206
-- anancástica, F60.5	209
-- ansiosa, F60.6	210
-- antisocial, F60.2	206
-- asocial, F60.2	206
-- compulsiva, F60.5	209
-- del comportamiento (adulto), F69	231
--- especificado, * F68.8	231
-- dependiente, F60.7	211
-- depresiva, F34.1	144
-- derrotista, F60.7	211
-- descontrolada, F60.8	212
-- disocial, F60.2	206
-- especificada, * F60.8	212
-- esquizoide, F60.1	206
-- esquizotípica, F21	112
-- esténica, F60.7	211
-- evitativa, F60.6	210
-- excéntrica, F60.8	212
-- explosiva, F60.30	208
-- fanática, f60.0	205
-- histérica, F60.4	209
-- histriónica, F60.4	209
-- inadecuada, F60.7	211
-- inmadura, F60.8	212
-- inestable emocional	208
--- tipo impulsiva, F60.30	208
--- tipo límite, F60.31	208
-- límite, F60.31	208
-- molesta, F61.1	213
-- múltiple, F44.81	168
-- narcisista, F60.8	212
-- obsesiva, F60.5	209
-- obsesivo-compulsiva, F60.5	209
-- orgánica, debido a enfermedad, daño o disfunción cerebral, F07.9	70
--- especificada, * F07.8	69
-- paranoide expansiva, F60.0	205
-- paranoide, F60.0	205
-- pasiva, F60.7	211
-- pasivo-agresiva, F60.8	212
-- patológica, F60.9	213
-- psicoinfantil, F60.4	209
-- psiconeurótica, F60.8	212
-- psicopática, F60.2	206
-- querulante, F60.0	205
-- sensitivo paranoide, F60.0	205
-- sociopática, F60.2	206
-- tipo mixto, F61.0	213
<b>Pesadillas, F51.5</b>	<b>190</b>
<b>Pica</b>	<b>185</b>
- de la infancia	185
- en adultos, de origen no orgánico, F50.8	185
<b>Pibloktoq, F44.8 (ver histeria del ártico)</b>	<b>168</b>
<b>Pick, enfermedad de, F02.0#</b>	<b>54</b>
<b>Piloroespasmo, psicógeno, F45.3</b>	<b>174</b>
<b>Piromanía, F63.1</b>	<b>218</b>
<b>Piromanía, patológica, F63.1</b>	<b>218</b>
<b>Posesión, trastorno de, F44.3</b>	<b>165</b>
<b>Postconmocional</b>	<b>68</b>
- encefalopatía, F07.2	68
- síndrome, F07.2	68
<b>Postraumático, síndrome cerebral, no psicótico, F07.2</b>	<b>68</b>

<b>Postconmocional, síndrome, F07.2</b>	68
<b>Postencefalitis, síndrome de, F07.1</b>	68
<b>Postesquizofrénica, depresión, F20.4#</b>	109
<b>Postleucotomía, síndrome de, F07.0</b>	66
<b>Psicalgia, F45.4</b>	175
<b>Psicastenia, F48.8</b>	180
<b>Psicopatía</b>	259
- autística, F84.5	259
- disminución de afecto (en la infancia), F94.2	281
<b>Psicosíndrome, orgánico, F07.9</b>	70
<b>Psicosis, F29</b>	122
- afectiva, F39	146
- - especificada, * F38.8	146
- alcohólica, F10.5	85
- alucinatoria, crónica, F28	122
- cicloide, F23.0	116
- - con síntomas de esquizofrenia, F23.1	117
- - sin síntomas de esquizofrenia, F23.0	116
- depresiva reactiva, F32.2	136
- desintegrativa (de la infancia), F84.3	257
- epiléptica, F06.8	65
- esquizoafectiva (ver trastorno, esquizoafectivo)	111
- esquizofreniforme, F20.8	111
- - breve, F23.2	118
- - senil, F03#	57
- - tipo depresiva, F25.1	121
- - tipo maníaca, F25.0	121
- - afectiva, mixta, F25.2	121
- histérica, F44.8	168
- inducida, F24	119
- infantil, atípica, F84.1	254
- infantil, F84.0	252
- Korsakov (debida a) (ver síndrome, amnésico)	58
- - no alcohólico, F04	58
- - sustancias psicoactivas, F19	102
- mixta, esquizofrénica y afectiva, F25.2	121
- no orgánica, F29	122
- orgánica, F09	70
- paranoide, F22.0	113
- presenil, F03#	57
- psicógena, F03#	57
- - depresiva, F32.3#	136
- - paranoide, F23.3#	118
- puerperal, F53.1	199
- senil, F03#	57
- simbiótica, F24	119
- - en la infancia, F84.3	257
- sintomática, F09	70
<b>Reacción de adaptación</b>	159
- ansiedad, F41.1	154
- crisis, aguda, F43.0	159
- depresiva	162
- - breve, F43.20	162
- - prolongada, F43.21	162
- - y ansiedad, mixta, F43.22	162
- duelo, F43.28	162
- esquizofrénica, F23.2#	118
- estrés agudo, F43.0	159
- estrés grave, F43.9	163
- - especificado, F43.8	163
- hiperkinética (de la infancia y adolescencia), F90.9	266
- paranoide, F23.3#	118

<b>Reajuste genital, fallo de, F52.2</b>	194
<b>Rechazo sexual, F52.10</b>	193
<b>Respuesta genital, fallo de, F52.2</b>	194
<b>Restzustand, esquizofrénico, F20.5#</b>	109
<b>Retraso</b>	248
- específico de la lectura, F81.0	247
- - con rasgos autistas, F84.1	254
- específico del deletreo	247
- - con trastorno de la lectura, F81.0	247
- - sin trastorno de la lectura, F81.1	248
- mental, F79#	238
- - con rasgos autistas, F84.1	254
- - especificado, F78#	238
- - grave, F72#	238
- - leve, F70#	237
- - moderado, F71#	238
- - profundo, F73#	238
<b>Retraso mental (ver mental, retraso)</b>	257
<b>Rett, síndrome de, F84.2</b>	256
<b>Rinodactilomanía, F98.8</b>	288
<b>Ritmo circadiano invertido, psicógeno, F51.2</b>	188
<b>Ritmo nictameral, inversión psicógena del, F51.2</b>	188
<b>Rivalidad</b>	275
- entre iguales (no hermanos), F93.8	276
- hermanos, F93.3	275
<b>Robo</b>	269
- en compañía (en trastorno del comportamiento), F91.2	269
- patológico, F63.2	219
<b>Rumiación</b>	158
- obsesiva, F42.0	158
- trastorno de la infancia, F98.2	287
<b>Sadismo (sexual), F65.5</b>	227
<b>Sadomasoquismo, F65.5</b>	227
<b>Satiriasis, F52.7</b>	197
<b>Sedantes, (ver hipnóticos) F13</b>	92
<b>Separación, ansiedad de, de la infancia, F93.0</b>	273
<b>Sexual</b>	193
- aversión, F52.10	193
- deseo, pérdida o disminución, F52.0	192
- disfrute, ausencia de, F52.11	193
- impulso excesivo, F52.7	197
- maduración, trastorno de, F66.0#	229
- orientación egodistónica, F66.1#	229
- preferencia, trastorno de, F65.9	228
- - especificado, F65.8	228
- - múltiple, F65.9	228
- rechazo, F52.10	193
- relaciones, trastorno de, F66.2#	229
Sexual, ausencia de	192
- deseo, F52.0	192
- disfrute, F52.11	193
Shock	159
- cultural, F43.28	162
- psíquico, F43.0	159
<b>Shock cultural, F43.28</b>	162
<b>Síncope, psicogénico, F48.8</b>	180
<b>Síndrome F1X.6</b>	79
- amnésico	79
- - orgánico (no alcohólico), F04	58
- Asperger, F84.5	259
- colon irritable, F45.32	175
- comportamental, asociado con disfunciones fisiológicas y factores somáticos, F59	202

- Da Costa, F45.30	175
- privación (ver estado, privación)	
- dependencia	84
- - alcohol, F10.2#	84
- - alucinógenos, F16.3	99
- - cafeína, F15.3#	97
- - cannabinoides, F12.3#	92
- - cocaína, F14.3	95
- - disolventes volátiles, F18.3#	102
- - estimulantes, F15.3#	97
- - hipnóticos, F13.3#	93
- - múltiples drogas, F19#	102
- - opioides, F11.2#	90
- - sedantes, F13.3#	93
- - sustancias psicoactivas, F19#	102
- - tabaco, F17.3#	100
- depresión alcohólica, F10.3#	84
- despersonalización-desrealización, F48.1	179
- Dhat, F48.8	180
- diarrea, F45.32	175
- fatiga, F48.0	177
- Ganser, F44.80	168
- Gerstmann, del desarrollo, F81.2	248
- Heller, F84.3	257
- hipercinético, F90.9	266
- institucional, F94.2	281
- Kanner, F84.0	252
- Korsakov	86
- - alcohólico, F10.6	86
- - no alcohólico, F04	58
- Landau Kleffner, F80.3	245
- lobotomía, F07.0	66
- lóbulo frontal, F07.0	66
- múltiples quejas, F45.0	170
- Munchhausen, F68.1	231
- niño torpe, F82	250
- peregrinaje hospitalario, F68.1	231
- personalidad de dolor crónico, F62.8	217
- personalidad, epilepsia límbica, F07.0	66
- post-traumático cerebral, no psicótico, F07.2	68
- postconcusional, F07.2	68
- postencefálico, F07.1	78
- postleucotomía, F07.0	66
- Rett, F84.2	256
- Tourette, F95.2	283
<b>Síndrome del lóbulo frontal, F07.0</b>	66
<b>Síntomas</b>	230
- físicos	230
- - elaboración de, F68.0	230
- - fingimiento de, F68.1	231
- psicológicos, fingimiento de, F68.1	231
<b>Síntomas físicos, elaboración de, F68.0</b>	230
<b>Somatización, trastorno de, F45.0</b>	170
<b>Somatomorfo, disfunción autonómica (ver disfunción somatomorfa autonómica)</b>	
<b>Somatomorfo, trastorno</b>	170
<b>Sonambulismo, F51.3</b>	188
- social, fobia, F40.1	149
<b>Sordera, F80.2</b>	244
<b>Sordera psicógena, F44.6</b>	167
<b>Subnormalidad (ver retraso mental)</b>	288
<b>Succión del pulgar, F98.8</b>	288
<b>Sueño</b>	188



- inversión del ritmo, psicogénico, F51.2	188
- terrores, F51.4	189
- trastorno, F51.9	191
- - especificado, F51.8	191
- - sueño ansioso, F51.5	190
<b>Susto, síndrome de, F45.1</b>	298
<b>Tabaco</b>	100
- estado de abstinencia, F17.3	100
- intoxicación aguda, F17.3	100
<b>Taijin kyofusho, F40.1 (ver antropofobia)</b>	149
<b>Tartamudeo, F98.5</b>	288
<b>Terrores nocturnos, F51.4</b>	189
<b>Tic, trastorno, F95.1</b>	283
<b>Tos psicógena, F45.33</b>	175
<b>Tourette, síndrome de, F95.2</b>	283
<b>Trance (y posesión), trastorno, F44.3</b>	165
<b>Transvestismo, fetichismo, F65.1</b>	225
<b>Transexualismo, F64.0</b>	221
<b>Transvestismo</b>	221
- doble rol, F64.1	221
- fetichista, F65.1	225
Transvestismo fetichista, F65.1	225
Trastorno (Ver el término correspondiente para cada trastorno específico)	
- mental	
<b>Tricotilomanía, F63.3</b>	220
<b>Ufufuyane, F44.3</b>	165
<b>Uqamairineq, F44.88</b>	169
<b>Uso nocivo de</b>	83
- alcohol, F10.1	83
- alucinógenos, F16	98
- cafeína, F15	96
- cannabinoides, F12.1	91
- cocaína, F14.1	93
- disolventes volátiles, F18.1	101
- estimulantes, F15	96
- hipnóticos, F13	92
- múltiples drogas, F19.1	102
- opioides, F11.1	90
- sedantes, F13	92
- sustancias psicoactivas, F19.1	102
- tabaco, F17.1	99
<b>Vaginismo no orgánico, F52.5</b>	196
<b>VII, F02.4</b>	57
- encefalitis subaguda, F20.4	109
<b>Encefalopatía, F02.4#</b>	57
<b>Vínculo, en la infancia, trastorno del</b>	
<b>Voyeurismo, F65.3</b>	226
<b>Wernicke, afasia del desarrollo de,</b>	244
<b>Windigo, F68.8</b>	231
<b>Zoofobia, F40.2</b>	150
<b>Zoofilia</b>	

GLADP-VR



Guía Latinoamericana de  
Diagnóstico Psiquiátrico

*Versión Revisada de Bolsillo*

