

A white outline map of Latin America is positioned in the upper left corner of the page. The map shows the geographical shapes of North, Central, and South America, with internal borders between countries.

apal

GLADP

Guía  
Latinoamericana de  
Diagnóstico  
Psiquiátrico

Asociación Psiquiátrica de América Latina  
Sección de Diagnóstico y Clasificación  
2004

# Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico

(GLADP)



Asociación Psiquiátrica de  
América Latina

Sección de Diagnóstico y  
Clasificación

2004

Nota Editorial:

Esta es una publicación de la Sección de Diagnóstico y Clasificación de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), para su uso por los psiquiatras de la región. Debe darse crédito a la Organización Mundial de la Salud que es la responsable de la publicación periódica de las revisiones de la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y Problemas Relacionados de Salud.

Los Editores.

América Latina, 2004

Revisión técnica: Dr. Carlos E. Berganza  
Dr. Sergio Javier Villaseñor Bayardo

© Prohibida la reproducción total o parcial del contenido sin la autorización de los autores o del editor.

ISBN 970-93769-8-5

TONOCONTINUO

Francisco Castellón Amaya

- Enrique Díaz de León sur 514-2
- 38 25 94 41
- tonoco@mail.udg.mx

# Tabla de Contenido

Cuerpo de Dirección	7
Introducción	9
Uso de la Guía	17
Parte I. Marco Histórico y Cultural	21
Parte II. Evaluación y Formulación Diagnóstica y Plan de Tratamiento	35
Parte III. Clasificación de los Trastornos Mentales en la GLADP	47
A. Introducción	49
B. Lista de Categorías Diagnósticas	53
C. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones, criterios diagnósticos y anotaciones:	69
F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluyendo los sintomáticos	71
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	95
F20-F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delusivos	129
F30-F39 Trastornos del humor (Afectivos)	153
F40-F48 Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés, y trastornos somatomorfos	179
F50-F59 Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	213
F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	235
F70-F79 Retraso mental	267
F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico	275
F90-F98 Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	299
D. Códigos adicionales	327
F99 Trastorno mental, no especificado en otro lugar	327
E. Códigos complementarios	327
F. Síndromes culturales latinoamericanos	329

Anexos:	
Anexo 1: Caso clínico ilustrativo	351
Anexo 2. Condiciones seleccionadas de otros capítulos de la CIE-10, frecuentemente asociadas con trastornos mentales y del comportamiento	359
Anexo 3. Diccionario lexicológico	371
Anexo 4. Propuestas para sistemas diagnósticos futuros	375
Anexo 5. Lista de participantes	381
Bibliografía	387
Índice alfabético de materias	398

# Cuerpo de Dirección del grupo de trabajo de La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico

## COMITÉ EJECUTIVO

Carlos E. Berganza (Guatemala) Presidente  
Juan E. Mezzich (Perú, USA)  
Ángel Otero Ojeda (Cuba)  
Miguel Roberto Jorge (Brasil)

## CONSEJO CONSULTIVO

Carlos Acosta Nodal (Cuba)  
Eduardo B. Ordaz (Cuba)  
Javier Mariátegui (Perú)  
Ramón de la Fuente (México)  
Rodrigo Muñoz (Colombia / USA)  
Luis Salvador Miranda Sá (Brasil)

## COORDINADORES DE COMISIONES DE TRABAJO

### *Cultura Latinoamericana*

Carlos Rojas Malpica (Venezuela)

### *Psiquiatría Latinoamericana*

Renato Alarcón (Perú / USA)

### *Diagnóstico Integral*

Juan E. Mezzich (Perú / USA)

### *Clases Mayores*

Miguel Roberto Jorge (Brasil)

### *Trastornos Mentales Orgánicos*

Ángel Otero Ojeda (Cuba)

### *Trastornos Debidos al Consumo de Sustancias*

Sergio de Paula Ramos (Brasil)

*Trastornos Esquizofrénicos, Esquizotípico y Delusionales*  
Ronaldo Ucha-Udabe (Argentina)

*Trastornos del Humor (Afectivos)*  
Nelson Moreno-Ceballos (República Dominicana)

*Trastornos Neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos*  
Otto Dörr-Zegers (Chile)

*Trastornos Asociados a Disfunciones Fisiológicas y a Factores Físicos*  
Rubén Hernández Serrano (Venezuela)

*Trastornos de la Personalidad y del comportamiento adulto*  
Néstor Koldobsky (Argentina)

*Retraso Mental*  
Vivian Ravelo (Cuba)

*Trastornos del Desarrollo Psicológico*  
Edgard Belfort (Venezuela)

*Trastornos de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia*  
Enrique Macher (Perú)

*Síndromes Culturales Latinoamericanos*  
Sergio Javier Villaseñor Bayardo (México)

*Glosario de Términos*  
Fernando Lolas Stepke (Chile)

# Introducción

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico es un intento de optimizar el uso y la utilización del Capítulo de trastornos mentales de la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; World Health Organization [WHO], 1992a), por tanto comporta una evaluación crítica de los estándares internacionales y la formulación de un modelo de evaluación y formulación diagnóstica, particularmente pertinente para Latinoamérica y que incluya ajustes a la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, con base en la apreciación de la realidad y necesidades latinoamericanas. En cierta medida, la GLADP culmina una etapa, que se inaugura con las contribuciones de José Leme Lopes (1954) en Brasil y las de José Horwitz y Juan Marconi (1966) en Chile, y que representa los esfuerzos de la psiquiatría latinoamericana por refinar sus modelos de clasificación y diagnóstico. Representa también un reconocimiento a los esfuerzos pioneros de los nosólogos latinoamericanos que, como Carlos Acosta Nodal (1975) en Cuba, J. C. Lucena (1963) en Brasil, Carlos León (1986) en Colombia y muchos otros en diferentes esquinas de la región latinoamericana, han creado las circunstancias propicias para el desarrollo de un modelo diagnóstico regional.

## IMPORTANCIA DE LA CLASIFICACIÓN Y DEL DIAGNÓSTICO SISTEMÁTICO EN PSIQUIATRÍA:

Desde que Feighner y el grupo de la Universidad de Washington en San Luis Missouri (Feighner y Cols., 1972) publicaron sus criterios diagnósticos para uso en la investigación psiquiátrica y que culminaron con la publicación de la tercera edición del *Manual de Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana* (DSM-III) (American Psychiatric Association, 1980) 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 por incrementar su carácter científico y por impulsar la comunicación internacional entre sus especialistas, homogeneizando considerablemente lo que parecía una práctica diagnóstica poco fiable a finales de los años 60 (ver p. ej., Cooper y Cols, 1972; Kendell y Cols., 1971).

La transición que se opera entre la segunda y la tercera edición de la clasificación norteamericana (American Psychiatric Association, 1968; 1980) es considerable y se caracteriza especialmente por la incorporación en el modelo diagnóstico de refinamientos importantes. Tales refinamientos inclu-

yen, 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 toda actividad humana incluyendo la capacidad misma de sobrevivir (Mezzich y 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 qué 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 los elementos fundamentales y delimitantes del fenómeno que intentan caracterizar conduce a los conceptos de validez, fiabilidad y aplicabilidad de tales criterios definitorios.

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

### EL ÉNFASIS EN LA FIABILIDAD

Entre los años 70 y principios de los 80 la necesidad fundamental de la psiquiatría era adquirir el prestigio de ciencia que, de alguna manera, parecía haberse escapado. Es por eso que el énfasis de los investigadores en el campo se pone en la fiabilidad de los conceptos diagnósticos. La meta es lograr el grado máximo de acuerdo entre observadores incrementando la fiabilidad de sus métodos de evaluación, así como su aplicabilidad y objetividad. Esta fiabilidad mejorada del diagnóstico clínico y el desarrollo coincidente de las neurociencias incrementaron la capacidad de los clínicos de caracterizar y predecir muchos fenómenos relacionados con la conducta humana, y contribuyeron a que la psiquiatría retornara al campo de la medicina, de la que parecía haberse separado en los albores del siglo pasado.

Tres son los grandes desarrollos metodológicos que se citan como fundamentales para el incremento de la fiabilidad diagnóstica en psiquiatría en los últimos años: a) el empleo de descripciones fenomenológicas de los trastornos; b) la utilización de criterios operativos explícitos para el diagnós-

tico; y c) la utilización de esquemas multiaxiales en la descripción de la condición clínica, con el propósito de capturar sus componentes críticos para el tratamiento y la evolución del paciente (Mezzich y Jorge, 1993; Mezzich, 1995). Este enfoque enfatiza la observación cuidadosa de los cuadros clínicos, en desmedro de consideraciones etiológicas, sujetas más a las influencias de la teoría psicológica que el observador abraja; pero se abre 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.

#### EL RETORNO A LA VALIDEZ DEL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

Es este desenfado relativo con lo “genético”, lo que lleva a una especie de reacción en el campo de la psiquiatría, que busca retornar los esfuerzos diagnósticos y taxonómicos al campo de su validez. A su utilidad para la empresa clínica de 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 “fotográfica” de la conducta anormal, sino su entendimiento en el contexto particular del paciente que la expresa. Las formulaciones dinámicas e idiográficas adquieren de nuevo atinencia, y la cultura, con sus influencias etiopatogénicas y etiopatoplásticas, vuelve a ser prominente en las explicaciones fenomenológicas.

Aunque queda todavía mucho camino por recorrer en la construcción de un sistema nosológico ideal en psiquiatría, el retorno al entendimiento válido de la condición clínica no puede ya ignorar los avances importantes que en el campo del diagnóstico y la clasificación han incrementado la fiabilidad de las descripciones psicopatológicas. Se hace necesario ahora construir y avanzar a partir de tales avances. Pero a la posibilidad de abrirse a un lenguaje más universal en el campo de la psicopatología se agrega, no como condición excluyente, sino como complementaria, la necesidad de capturar los elementos culturales, así como los particulares de cada paciente, en virtud de la unicidad de su contexto y de su 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], 1992b). La 4ª Edición del *Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana* (American Psychiatric Association [APA], 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* (Ministerio de Salud Pública, Hospital Psiquiátrico de la Habana, 2001) representan ejemplos de tales anotaciones.

#### ¿POR QUÉ UNA GUÍA LATINOAMERICANA DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO?

Con la publicación de la 10ª revisión de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1992a) y la 4ª edición de la adaptación norteamericana (APA, 1994) expertos de países altamente desarrollados y con importantes recursos humanos y materiales han producido –con la participación de especialistas de países menos desarrollados –clasificaciones diagnósticas oficiales

propuestas como universales en la especialidad. Sin embargo, estos sistemas, pese a los enormes esfuerzos de sus creadores, parecieran no ser suficientes para reflejar las maneras idiosincrásicas de experimentar una enfermedad y las necesidades clínicas particulares de la población latinoamericana. Debe reconocerse que, aunque la investigación empírica en esta región está emergiendo recientemente, la experiencia diaria de sus clínicos es un recurso que no puede ser ignorado.

En este sentido, y por la actualidad que conservan, se reproduce aquí las ideas expresadas en la introducción a la segunda edición del Glosario Cubano de Psiquiatría (Acosta Nodal y Cols., 1986) por el Presidente de su Comité de Dirección, Profesor Carlos Acosta Nodal:

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

Esto sin desconocer las diferencias que la cultura de cada país impone a todas sus manifestaciones.

No pretendemos desdeñar lo que tiene de valiosa la colaboración proveniente de los países altamente desarrollados, capaces de transmitir sus habilidades e informar sobre teoría científica. Pero hay que estar muy atentos para evitar el tutelaje sobreprotector, que esteriliza y deforma el crecimiento que debe discurrir por los caminos propios del contexto económico social correspondiente a cada nación.

Un glosario nacional sirve a dichos propósitos de formación y producción científicas orientadas por la cultura, pero, además, constituye una aportación a la comunidad internacional hecha por sus miembros activos que contribuyen por ese medio a enriquecer la clasificación internacional de enfermedades (Pág. 1)

Las necesidades de América Latina en materia de nosología psiquiátrica son particulares ya sólo por el hecho innegable de que la manera de enfermar de su población está influida fuertemente por su cultura. También, las circunstancias socioeconómicas de amplios sectores de esta población obligan a enfatizar aspectos de prevención y promoción de la salud, que requieren un enfoque particular a la manera de organizar los trastornos que aquejan a estos pacientes. Finalmente, se hace necesario proponer una manera apropiada de evaluar a los pacientes y de describir sus condiciones clínicas, de modo que el diagnóstico sirva a sus verdaderos propósitos de informar efectivamente el tratamiento, orientar los programas de prevención y facilitar los esfuerzos de promover la salud mental.

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

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) surge como respuesta a la necesidad de la psiquiatría latinoamericana de adaptar la clasificación internacional de los trastornos psiquiátricos de la OMS a las necesidades particulares de la población de América Latina. Existe, por ejemplo, diferencias importantes en la fenomenología de la depresión entre sujetos latinoamericanos y norteamericanos (Mezzich y 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, adicionalmente, incrementar el uso del diagnóstico parametrado entre los psiquiatras latinoamericanos y mejorar la calidad de la atención psiquiátrica.

El desarrollo de una guía diagnóstica latinoamericana debería incrementar la comunicación entre profesionales de la región y mejorar la calidad de la investigación para la elaboración de una base de datos que permita entender mejor los problemas de esta población. En general, es previsible que esto traiga como consecuencia el desarrollo de una psiquiatría latinoamericana más científica.

Finalmente, desde el punto de vista sociopolítico, la GLADP puede contribuir a impulsar el desarrollo de una ciencia psiquiátrica de la región más autónoma y participativa, que no sea sólo consumidora de conocimientos generados en otras latitudes, sino que genere los propios y contribuya de manera significativa al desarrollo de la psiquiatría internacional. Esto se hace una necesidad imperiosa para los intelectuales latinoamericanos, cada vez más influidos por poderosas corrientes tecnológicas, que enfatizan lo fugaz y lo inmediato frente a la consistencia y el largo plazo. La independencia intelectual es una condición fundamental para la creatividad científica. En este sentido, la creación del Glosario Cubano de Psiquiatría es un ejemplo fundamental a imitar.

La GLADP 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 teoría o en la afirmación de una escuela teórica en particular. Tiene la Guía, el propósito fundamental de mejorar la comunicación entre profesionales de las ciencias de la conducta en América Latina y con el resto del mundo. De asegurar un reporte lo más uniforme, fiable y válido posible de las estadísticas de salud mental en la región. Finalmente, de propiciar la competencia cultural en el sistema de salud mental, para atender y promover de manera efectiva la salud mental de la población de la región.

La elaboración de esta Guía es el resultado de un esfuerzo continuado a lo largo de ocho años, de un grupo extenso de investigadores y de clínicos en casi todos los países de América Latina. Se inició en 1994 con la conducción de una encuesta a más de 500 psiquiatras de siete países latinoamericanos destinada a investigar los patrones de utilización del diagnóstico parametrado en la región. Los resultados de dicha encuesta revelaron que más del 90% de los psiquiatras latinoamericanos utilizaban en su práctica clínica diaria, en investigación, docencia o administración, algún sistema de diagnóstico parametrado. Por esa época, tanto la CIE-10, como el DSM-IV, que habían sido recién publicados, se presentaban como los sistemas en los que los clínicos deseaban obtener mayor información y entrenamiento para su efectiva utilización.

A partir de esa fecha, miembros del cuerpo directivo de la Guía recorrieron múltiples países de América Latina, aprovechando los diferentes congresos y actividades académicas de la zona, para explorar la opinión de los profesionales de la salud mental en la región, en relación con la organización, fiabilidad, validez y aplicabilidad del sistema de clasificación diagnóstica en psiquiatría propuesto por la OMS. Varias conferencias internacionales fueron realizadas, con el fin de integrar una propuesta que sirviera de base para el desarrollo ulterior de un auténtico sistema latinoamericano de diagnóstico psiquiátrico. Las más importantes de estas fueron: La Habana, octubre de 1998, Margarita, noviembre de 1999, Panamá, marzo de 2000, Chicago, mayo de 2000, Guadalajara, agosto de 2000 y Guatemala, julio de 2002. En estas conferencias se elaboró y se terminó por aprobar un documento que representa una anotación a la CIE-10 y que encierra lo más atinente del pensamiento latinoamericano respecto del diagnóstico en la especialidad.

Múltiples alternativas fueron discutidas para constituir el formato definitivo de la GLADP. Finalmente, el grupo de trabajo aceptó la estructura propuesta por el comité ejecutivo de la GLADP y que consiste en cuatro partes que incluyen:

- A. Parte I. Marco histórico y cultural de la psiquiatría latinoamericana.
- B. Parte II. Proceso y formulación diagnóstica integral.
- C. Parte III. Nosología psiquiátrica:
  - Clases mayores de la CIE-10.
  - Síndromes culturales latinoamericanos.
- D. Parte IV. Apéndices:
  - Glosario lexicológico
  - Conceptos y propuestas para estudios futuros
  - Bibliografía
  - Participantes

Puesto que la meta fundamental de la Guía es avanzar en el campo del diagnóstico en la región, se concedió especial importancia a la elaboración de su formulación diagnóstica, la cual tiene tres componentes:

- a) Una parte estandarizada, conteniendo:
  - Cuatro ejes
  - Varios sub-ejes (donde sea necesario)
- b) Una parte idiográfica:

Planteadas de una manera discursiva con lenguaje natural que incluye lo que es más idiosincrásico para el paciente en particular y que incluiría:

- Los problemas clínicos y su contextualización
  - Factores positivos del paciente
  - Expectativas sobre restauración y promoción de la salud
- c) Un formato para la codificación y formulación práctica del diagnóstico.

La Nosología Psiquiátrica fue objeto de la mayor atención y luego de extensas discusiones de las diferentes alternativas, se acordó mantener la estructura y arquitectura de la CIE-10 e identificar claramente las anotaciones de los participantes latinoamericanos, como comentarios dirigidos a incrementar la aplicabilidad de los conceptos planteados por ese sistema en la realidad de América Latina y a corregir inconsistencias importantes del texto original. Todos estos comentarios están enmarcados claramente y encabezados por el título, “*Anotación latinoamericana*”. Tales anotaciones poseen las siguientes características:

1. Se incluye aquí todos los comentarios, perspectivas o consideraciones, pertinentes a las secciones, categorías y criterios diagnósticos correspondientes dentro de la CIE-10, que sean útiles para su adaptación en América Latina.
2. Estas anotaciones deben tener un fundamento científico en la región o en población latinoamericana.
3. La anotación latinoamericana se inserta al final de cada párrafo importante de la CIE-10, ya sea al final de la introducción a una sección, al final de la descripción de una categoría diagnóstica principal, o de cada categoría específica.
4. Cada párrafo de la anotación latinoamericana contiene lo más sustantivo y pertinente, de modo que se facilite el uso de la clasificación internacional en América Latina.
5. Los comentarios pueden ser conceptuales, taxonómicos y lexicológicos. Ej. Para la expresión “hacer novillos”, que aparece en la versión española de la CIE-10, se formula, en el glosario lexicológico, que aparece en los apéndices de la GLADP, los términos con que se conoce en diversos países de América Latina.

El trabajo ha culminado con la elaboración de este documento que deberá ahora servir de base para que los usuarios analicen su utilidad y exploren la necesidad de hacer ajustes adicionales, tanto sobre la base de la experiencia clínica de todos los días, como sobre la base de estudios empíricos y sistemáticos que orienten eficientemente los esfuerzos venideros por elaborar un instrumento de diagnóstico cada vez más refinado, y por contribuir de modo más competente, al desarrollo del campo del diagnóstico y la nosología psiquiátrica en el mundo entero.

La meta parece ambiciosa, pero hasta ahora, ha probado ser alcanzable.



## Uso de la guía

Esta Guía se propone como un instrumento de orientación del proceso diagnóstico y no como sustituto del conocimiento del clínico. En psiquiatría, como en otros campos de la medicina, el diagnóstico es formulado por un clínico con los conocimientos y la experiencia que esta tarea requiere y no por la mera utilización de manuales de diagnóstico. La GLADP puede ayudar a los profesionales de la salud mental en su labor diagnóstica, pero no puede convertirse en una camisa de fuerza que los obligue a diagnosticar de una manera que ignore su mejor juicio clínico. Se recomienda a los usuarios de este manual llegar al diagnóstico de la condición clínica de la persona que se presenta para atención en salud por una evaluación global e integral del paciente que incluya, por supuesto, los elementos de juicio contenidos en las normas diagnósticas.

El clínico debe comprobar si su diagnóstico satisface o no los requerimientos de las pautas de la GLADP. La GLADP reconoce el derecho del clínico a sostener su diagnóstico, aun cuando las pautas diagnósticas no estén satisfechas, aunque recomienda que esto sea excepcional y se reserve para especialistas de experiencia. Esto es de particular importancia en el diagnóstico de las formas atípicas de los trastornos mentales en que no hay criterios diagnósticos específicos para tales formas atípicas. No obstante, la ausencia de satisfacción de los criterios diagnósticos de la Guía se aclarará mediante el uso de las siguientes siglas: D.N.P. (diagnóstico no pautado) si no se ha satisfecho los requisitos diagnósticos de la GLADP, o estos no han podido ser revisados. En este último caso, los requisitos diagnósticos proveídos por la Guía deben revisarse tan pronto sea posible, a fin de ofrecer al paciente una mayor certeza diagnóstica. El sostener un diagnóstico en contra de los criterios pautados (D.N.P.) exige que el paciente haya sido muy bien estudiado y que existan razones verdaderamente convincentes para hacerlo. No se justifica mantener un diagnóstico no pautado sólo porque no se ha explorado bien la presencia de algunos de los requerimientos diagnósticos.

Debe tenerse en cuenta que algunos pacientes (con depresiones, por ejemplo) pueden tener manifestaciones típicas de su entorno cultural o edad, no recogidas en los criterios diagnósticos. En tales situaciones, si el cuadro es típico se considerará que cumple los requisitos diagnósticos.

Sólo es obligatorio hacer referencia al cumplimiento de los indicadores de la GLADP, pero si así se desea se puede señalar la satisfacción de las pautas de otros sistemas. Ejemplo:

#### F40.0 Agorafobia ( CDI, DSM-IV, SCAN )

Se da por sentado que en este caso están satisfechas las pautas de la GLADP.

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.

La estructura de la Formulación Diagnóstica Integral de la GLADP es la siguiente:

1er componente: Formulación Multiaxial Estandarizada. Consta de 4 ejes:

Eje I. Trastornos clínicos y problemas relacionados. Incluye a las clases, categorías y subcategorías de la CIE-10, problemas del individuo que, sin ser enfermedades, requieren de atención clínica y los síndromes culturales latinoamericanos.

Eje II. Discapacidades.

Eje III. Factores contextuales

Eje IV. Calidad de vida.

2º componente: Formulación idiográfica. Consta de 3 acápites:

I. Problemas clínicos y su contextualización

II. Factores positivos del paciente

III. Expectativas sobre restauración y promoción de la salud

Para formular adecuadamente la condición clínica del paciente, es importante que el clínico se familiarice con la Parte II, Evaluación y Formulación Diagnóstica de la GLADP. Conviene, sin embargo, puntualizar aquí algunos aspectos críticos de esta formulación:

El eje I contendrá todos los diagnósticos, tanto psiquiátricos como somáticos. La ausencia de un trastorno mental en el Eje I debe siempre indicarse. Así, si un paciente presenta únicamente una situación codificable en otro eje (Eje III por ejemplo) se aclarará la ausencia de trastorno psiquiátrico en el eje I y se registrará la causa de su consulta en el eje complementario que corresponda; por ejemplo:

Eje I	Sin trastorno psiquiátrico.
Eje III	Dificultades con su pareja.

Se aconseja diagnosticar por separado todos los trastornos mentales o somáticos que el paciente presente, salvo las incompatibilidades diagnósticas expresamente advertidas. Ejemplo:

Eje I: F32.0 Episodio Depresivo leve (Diagnóstico principal)  
F11.0 Intoxicación alcohólica aguda.  
K25 Úlcera péptica.

Los nombres de algunas categorías y subcategorías han sido modificados en algunos pocos casos. En general, se aconseja utilizar el enunciado de la GLADP, pero quienes así lo prefieran pueden hacer uso del término de la CIE-10 o de alguno de los contenidos en los términos de inclusión de la categoría o subcategoría utilizada. Es importante, eso sí, mantener el código oficial de la categoría o subcategoría diagnóstica.

Ninguna categoría o subcategoría de la CIE-10 ha sido suprimida. Términos 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 tácita de su uso.

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

Sólo es de carácter obligatorio el uso del primer eje; no obstante, debe siempre aclararse si los restantes fueron o no explorados. Ejemplo:

Eje I: F30.0 hipomanía (Diagnóstico principal)  
E66 Obesidad  
Eje II: No discapacidades  
Eje III: Z60.3 dificultades de adaptación cultural.  
Z72.5 Conducta sexual de elevado riesgo.  
Eje IV: No fue explorado.

Nota: El término “clase” se utiliza para designar a cada uno de los 10 rubros mayores en que la CIE-10 ha dividido al Capítulo F (V) de su clasificación (p.e., F7, retraso mental). El término “Categoría” se reserva para cada una de las subdivisiones de 3 caracteres de cada clase (p.e., F72, retraso mental grave). Finalmente, el término “subcategoría” se utiliza para denominar los rubros que identifican un diagnóstico específico; se corresponden con las “categorías” de 4 caracteres (p.e., F20.0 esquizofrenia paranoide).

La GLADP propone a lo largo de las descripciones nosológicas, 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” y “con desarrollo neurótico”.

#### FRASE CALIFICATIVA “EN FASE PRODRÓMICA”

La frase calificativa “en fase prodrómica” permite la utilización de un diagnóstico específico (de tipo afectivo o esquizofrénico) cuando, siendo de tipo episódico y habiéndose diagnosticado previamente, ha remitido, y se observa el inicio de un nuevo episodio en el momento en que sus manifestaciones clínicas no cumplen todavía con las pautas diagnósticas de la GLADP. Tales manifestaciones “anuncian” claramente la inminencia de un brote sintomático que, identificado en su fase prodrómica, puede ser sujeto de tratamiento precoz para prevención de una discapacidad mayor del paciente. Un quinto carácter puede utilizarse para codificar este tipo de evolución del trastorno. Ejemplo:

F20.07, Esquizofrenia paranoide, episódica, en fase prodrómica.

#### FRASE CALIFICATIVA “CON DESARROLLO NEURÓTICO”

Se propone la utilización de esta frase, agregando al código de la categoría correspondiente un quinto carácter, cuando esto sea aplicable, en los casos en que los clínicos quieran consignar la naturaleza “neurótica” del padecimiento del paciente. Esta frase, aplicable en trastornos tales como fóbicos, obsesivos y disociativos, podrá señalar la presencia de trastornos con características como las siguientes: a) tendencia a la cronicación; b) relativa independencia de factores estresantes (aunque estos puedan precipitarlas o agudizarlas); c) indicios en el paciente que los sufre de necesidades afectivas hipertrofiadas y de mecanismos psicológicas inadaptativos (p. Ej., ambivalencia marcada, inhibición paralizante, expectativas irrealistas).

#### ABREVIATURAS MÁS USADAS

CDI: Criterios Diagnósticos para Investigaciones (de la CIE-10).

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

DSM (III, III-R y IV): Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (versiones III, III-Revisada y IV).

GLADP: Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico

OMS: Organización Mundial de la salud.

SOE (o SAI): Sin Otra Especificación.

# Parte I

## Marco histórico y cultural

### INTRODUCCIÓN

El continente americano ocupa una inmensa extensión. Sólo Latinoamérica tiene una superficie terrestre de aproximadamente 42.000.000 Km<sup>2</sup>. América Latina se extiende desde el Río Bravo hasta la Patagonia. Sin embargo, Canadá tiene un sector importante de población francófona y en los Estados Unidos hay una gran masa de población de origen hispano que se ha extendido rápidamente a todo lo largo del país en las últimas décadas. La diversidad geográfica, social, biológica y humana de este continente refleja también el que en América se encuentre casi todos los tipos de clima conocidos en la tierra. Los investigadores estiman que sus pobladores originales provinieron de Asia y Oceanía (Carpio, 1995). Los descubridores europeos encontraron culturas de alto grado de evolución (Aztecas, Mayas, Chibchas y Quechuas) así como otras de nivel neolítico superior, como algunas tribus del Mar de los Caribes. En cinco siglos han llegado a América migraciones de todos los continentes, de tal manera que hoy por hoy se estima que ésta debe ser la región más plural del mundo porque junto a estas migraciones, vinieron plantas, animales, costumbres y culturas de todos los rincones del planeta (Carpio, 1995).

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

Algunos objetan el término Iberoamérica con el argumento de que ignora 2,500 años de historia pre-colombina y porque hace caso omiso de la contribución de la cultura africana, de enorme importancia en el Caribe. Otros han objetado inclusive el nombre de América que se ha dado al continente, ya que fue Cristóbal Colón y no Américo Vespucci el descubridor de éstas tierras. Sin haber acuerdos ni en prefijos ni en sufijos, el nombre que ha terminado imponiéndose por el uso ha sido el de

Latinoamérica, y sus habitantes se llaman a sí mismos *latinos*. De hecho, algunos afirman (o afirmamos), que los *latinos* somos diferentes de los europeos incluidos españoles, portugueses e italianos. Sería esta una nueva forma de percibir y afirmar la condición y la identidad latina, aquella que haciendo uso de un vocablo viejo, lo recarga con significaciones nuevas para producir una verdadera metonimia.

#### SINOPSIS HISTÓRICA

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

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

Aunque parezca paradójico, la identificación y el estudio del mestizaje tomaron mucho tiempo en Latinoamérica. Las razones de esta demora radican no sólo en la asfixiante realidad colonial y su secuela de cultura dependiente, sino también en el caos emancipador, el influjo del positivismo extranjerizante y la nostalgia de los intelectuales de las primeras décadas del siglo XX. Voces aisla-

das como la de Simón Rodríguez se atrevieron a explorar posibilidades distintas, planteando con urgencia la necesidad de asumir lo autóctono: “...o inventamos o erramos”. Otros pensadores en el presente siglo, como el peruano Arguedas, se movieron de una tesis dualista (indios y “mistis”) al descubrimiento de la *positividad del estrato social mestizo*, reconociendo el valor potencial y real del mestizaje como lecho de una nueva *cultura nacional indoamericana* (Arguedas, 1989).

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

#### ETNOPSQUIATRÍA LATINOAMERICANA

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

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

barrios pobres de Venezuela, presenta un ser peculiarmente insertado en un mundo con modalidades propias de relación social y de construcción del conocimiento que, con toda seguridad, es distinto del aislado ciudadano que propuso el ideal de modernidad (Moreno-Olmedo, 1993).

Carlos Alberto Seguí (1986) llama “etnomedicina, a la que encontramos en las culturas primitivas. Su representante, el chaman o medicine-man, es un elemento principal en la sociedad en que actúa; representa la religión, la filosofía y las leyes; es respetado y temido”. Por otro lado, medicina folclórica es la que coexiste y se desenvuelve en medio de la civilización, es la lectura e interpretación que hace el pueblo de sus sufrimientos: su representante principal es el curandero, el que actúa por fuera del *establishment*. Así, al lado del discurso racional y moderno de la medicina sobre la enfermedad, existe el discurso popular, folklórico o étnico, que trata de integrar la comprensión de los procesos morbosos en una concepción más amplia y total de la enfermedad, de la vida y de la muerte. Muchas veces ambos discursos coexisten en armonía aparente, algunas veces dialogan entre sí y otras tantas simplemente entran en conflicto. El psiquiatra debe comprender al hombre en su mundo de vida, aquel donde construye su saber, o de lo contrario no entenderá nada acerca del paciente ni de su enfermedad.

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

El Inca Garcilaso de la Vega describió el *susto*, una afección muy extendida en Sudamérica y explicada como el resultado del abandono que el alma hace del cuerpo del enfermo, aunque éste siga con vida. Se le conoce también como *pasmo*, *espanto*, *jamí* o *mal de aire*. Entraña síntomas como una gran crisis o ataque de ansiedad, donde el “yo” pierde el gobierno de la conciencia y la voluntad, arrollado por una tormenta vegetativa. De allí la percepción popular de que el alma abandone el cuerpo y lo deje exhausto y sin energías, sufriendo progresivamente de anorexia, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso y un malestar que lo puede llevar hasta la muerte, especialmente *si el espanto llega al corazón* (León, 1986). El tratamiento debe hacerlo un *limpiador* que mediante pasos y rituales logra devolver el alma al cuerpo del enfermo. La Madre Tierra o Pachamama de los

Quechuas también puede cobrar con la vida a aquellos que no le rindan los debidos tributos. La *pilladura* es también una pérdida del alma que puede llevar a la locura o la muerte. Vargas Llosa (1995), en su *Lituma en los Andes* describe magistralmente los *Huaycos* o *Apus*, espíritus que viven en el corazón de las montañas andinas y que regularmente deben recibir sacrificios humanos o de animales o vegetales tiernos como tributos, so pena de cobrar la falta con un derrumbe o avalancha que se lleva por delante todo cuanto se le atraviese. Los Huaycos ofendidos también pueden posesionarse de un ser y emaciarlo hasta la consunción total.

En los páramos andinos de Venezuela, los campesinos deben arrojar las primeras mazorcas de sus cosechas o un cerdito recién nacido a la Laguna de Urao, pues de lo contrario Arca y Arco, los espíritus de la laguna podrían vengarse llevándose a un niño del poblado. Un tema delirante que se observa con frecuencia entre las enfermas del pueblo es que, posesionadas por Arca, amenazan con robar niños que están todavía en el vientre materno, generando con ello gran temor entre las gestantes y sus familiares (Clarac de Briceño, 1981). Posiblemente vinculada ancestralmente con los cultos a la Madre Tierra está la costumbre todavía observable en los campos venezolanos de *enterrar el ombligo* de las criaturas; si ello no se hace, el niño o la niña serán lentos, “tarambanas” o “chiflados”.

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

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

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

Entre las tribus autóctonas de América, el chamanismo se encuentra ampliamente difundido. El chaman es un psicopompo que a través del éxtasis logra comunicarse con los seres del más allá. Tiene un alto rango en la sociedad tribal, donde se le teme y respeta. Su función no se reduce a tratar

enfermedades sino cualquier infortunio que azote a la comunidad: plagas, pestes, hambre, guerras, desastres naturales, lluvias, sequías, etc. Por el mecanismo del trance, el chaman pasa por una muerte y resurrección ritual que le permite ascender y luego descender del mundo sutil de los espíritus (Anzures, 1995). Los aborígenes del Amazonas reciben flechazos mágicos de sus enemigos, generalmente enviados por el chaman de una tribu rival. El chaman curador, en estado de trance, extrae las flechas de las víctimas y se las apropia. *Las conserva en su propio organismo (estómago, pecho, brazo) y las nutre con su propia sangre o con el humo o el jugo de sus tabacos* (Chaumeil, 1995). Cuantas más flechas tenga, mayor será el poder del chaman. El ideal es ser invulnerable.

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

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

La religión Lucumí vino desde África hasta el Caribe con los esclavos negros traídos por los europeos para las duras faenas del campo. Ocha en lucumí significa Santo o Dios, deidad, pero en Haití se convierte en Loa, y su práctica se denomina Voudú o Vudú; en otras regiones del Caribe se llama Candomblé, mientras que en Brasil es Macún y la religión es Macumba (García, 1990). En el Caribe afrocubano, los santos blancos entraron en los cultos negros y viceversa. Así, *Elegguá* son las ánimas solas, Obamoro es el Jesús Nazareno, Olordume Dios y Olosi el Diablo. Cuando los sábados por la tarde los negros se reúnen para el Toque de Santos o Bembé, hacen círculos, cantan y bailan animados por el ritmo de la tumba, hasta que alguno es poseído por un Oricha; puede ocurrir, entonces, la curación de un enfermo o la temible maldición Vudú. Algunos han planteado que la muerte Vudú se produce porque la psicología tribal favorece muy poco la diferenciación de sus componentes. Los individuos se definen como parte de una comunidad. Su existencia en solitario los deja en absoluta y total desolación. Por eso, cuando son condenados a morir y abandonados por su propia tribu, su yo, compuesto sobre todo de material social, queda exhausto y vacío. De allí que no pueda

ni tenga recursos con qué afrontar la sentencia máxima, y la muerte sobrevenga por una suerte de vaciamiento que deja a la persona sin comando o control psíquico (Morín, 1974).

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

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

#### VIEJOS Y NUEVOS SUFRIMIENTOS EN AMÉRICA LATINA.

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

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

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

El alcohol, las drogas, la violencia social y familiar andan de la mano en América Latina. El alcohol está sembrado en la cultura como un valor machista y de relación social. Las fiestas colectivas, con sus grandes libaciones, suspenden todo tipo de racionalidad, incluyendo la racionalidad económica y la contención moral. Tal es el caso de los carnavales y las fiestas patronales, donde los participantes se entregan a un frenesí colectivo que recuerda las fiestas dionisíacas. De otro lado, las guerras civiles, algunas veces financiadas por el narcotráfico y estimuladas por los traficantes de armas, han aumentado exponencialmente la mortalidad violenta. Va siendo necesario convertir la *masacre* en una nueva categoría epidemiológica, ya que la simple suma aritmética de las víctimas no describe sino una mínima parte del fenómeno. Asimismo, la violencia contra la mujer y los menores son acontecimientos cotidianos en las nuevas generaciones de latinoamericanos. El suicidio muestra índices distintos a lo largo del continente: Chile y Cuba son tal vez los países más afectados por el problema, en tanto que el homicidio señorea en México, Colombia, Brasil y Venezuela. Se tiene, por último, el problema de la aculturación. Los mexicanos han propuesto el término *misogenia* para designar el odio o aversión al origen o a los orígenes que, aparte de poseer una enorme complejidad psicológica, tiene la función de designar la vergüenza y descalificación social que experimentan los pueblos nativos de América ante las culturas y etnias venidas de Occidente (García Sancho, 1998). No se debe ni se puede idealizar las culturas ancestrales ya que en ellas hay violencia, discriminación e injusticias; pero tampoco se puede admitir su devastación en nombre de una nueva idolatría. Con arreglo a la razón occidental habría que pedirle a un indígena chiapaneco que sustituya su relación sagrada con la tierra de la que se siente parte y que de alguna manera sigue adorando en el maíz, por un criterio meramente productivo y crematístico, que impone que si la tierra tiene tal humedad o tales concentraciones de urea y de sales, su vocación y su deber es producir una cantidad determinada de frutos por hectárea sembrada. Lo importante es la rentabilidad; todo lo demás es mero atraso premoderno (Oliveros, 1996). Ya lo advirtió Bartolomé de las Casas cuando acusó a los conquistado-

res de idolatría por aquel afán del oro que arrebatan a *los cristos azotados de Las Indias*. El culto al dinero se ha convertido en otra religión en cuyo nombre se construyen templos y fortificaciones, se invaden países, se compran y venden honores, lealtades y conciencias. El mercado es el gran espacio donde los hombres de la modernidad construyen su entorno socializador por fuera del cual nada trascendente pareciera ocurrir. Se asigna al dinero el rol de regulador natural de todos los desequilibrios sociales. El culto al dinero ha derrotado a Eleggua, Mamapacha y a los Cantores Nivaklé. Todo tiene un precio en la religión del dinero. A esta “religión para ateos” proponemos llamarla *numolatría*.

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

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

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

#### LA PSIQUIATRÍA LATINOAMERICANA

Aunque el Dr. Carlos Arvelo, Médico Jefe del Ejército Libertador de Simón Bolívar, ya discute los conceptos de Pinel y de Cullen en su *Curso de Patología Interna* publicado en Caracas, en 1839 (Arvelo, 1839), no es sino hasta la segunda mitad del Siglo XIX cuando la moderna psiquiatría latinoamericana comienza a perfilarse como entidad autónoma (Alarcón, 1990). Podría llamarse a

esta primera fase, que se prolonga hasta comienzos del Siglo XX, período de subordinación postcolonial que, en el caso de las jóvenes naciones del nuevo mundo latino, se caracterizaba por la superficial ruptura política con el poder colonial, las vicisitudes de una búsqueda sin modelos válidos de desarrollo y la persistencia de un cierto despotismo ilustrado, retórico y profundamente elitista, bajo un barniz de benevolencia social. En el campo de la ciencia, el positivismo novecentista predominaba en un mundo eurocéntrico; en la América Nueva al sur del Río Grande y en su fermento de psiquiatría, tal positivismo (el de la llamada neuropsiquiatría) servía solo de ropaje a una persistente textura de concepciones religiosas, morales y vagamente sociales de la patología mental (tal vez inspiradas por la caridad y la compasión). En un continente en el que todo estaba por hacerse y por crearse, el europeo Siglo de las Luces alumbraba solo pálidamente los contornos de América Latina. A pesar de esta desventaja histórica, este primer período fue también la oportunidad de pioneros. La incipiente psiquiatría no podía ser sino incipientemente asilar y fueron las zonas de México, América Central y el Área Andina, las que presidieron este movimiento. Citemos solo los nombres de Navarro en México, Bansen en Costa Rica y Ulloa en Perú. Similar impacto tuvieron en tal época Cabred en Argentina y Pereira Das Neves en Brasil.

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

Entre los años 30 y los años 50, las “verdades” importadas son sometidas a crecientes cuestionamientos desde diversos frentes. Es el período de *decantación y crítica* más bien severa de ideas y tendencias arribadas en el período anterior. Europa vio arrebatado su liderazgo por los Estados Unidos y el mundo presenció las primeras evidencias de la polarización ideológica dramatizada por la llamada Guerra Fría, prolegómeno de una verdadera paz armada. Los grupos sociales en el mundo occidental desarrollado se sacudieron de la apatía de la pre-guerra y se entregaron más tarde a la autocomplacencia de la posguerra. El psicoanálisis alcanzó cimas de insospechada popularidad en América del Norte. Latinoamérica, por su parte, ingresó en una etapa de paradojas: persistente inestabilidad política, neutralizada sin embargo por un cierto grado de bonanza económica que beneficiaba fundamentalmente a grupos privilegiados, pero que permitió también los primeros movi-

mientos migratorios internos a la urbe y hacia su industrialización incipiente. El centralismo adquirió valor, la democracia era aún una alternativa mediatizada y por lo mismo débil, y fue aquí donde el desfase entre lo que ocurría en la psiquiatría de otros entornos y lo que nuestros psiquiatras hacían se tornó más evidente. A la amenaza de predominio de un psicoanálisis empaquetado por la hegemónica publicidad norteamericana, se opuso con éxito la crítica, a veces despiadada, de un fenomenólogo certero como el peruano Honorio Delgado que abogaba por posturas más bien eclécticas y biologizantes (Delgado, 1969). El psicoanálisis tuvo que seguir siendo un movimiento de estrecha capilla. A la amenaza de un biologismo mitologizador a ultranza, se opuso la vigorosa crítica de uno de los primeros psiquiatras sociales de América Latina, el argentino Gregorio Bermann (1960). Juntos inicialmente (y tal vez por su común aversión al psicoanálisis) en la *Revista Latinoamericana de Psiquiatría* fundada por Bermann en 1951, Delgado y Bermann se separaron poco después debido fundamentalmente a diferencias de orientación y de ideología política. Esto los hace, paradójicamente, representantes indisputados de este período de decantación y crítica. No es exagerado afirmar que su obra refleja rigor en la búsqueda de verdades universales y angustia en el cotejo cotidiano de realidades sociales distintas a las del mundo desarrollado. La búsqueda de la identidad y del camino propio comenzó aquí.

La década de los años 60 inicia el período que llamamos de síntesis (la frase “entrecruzamiento de paradigmas”, acuñada por Galli (1985) parece subrayar también este proceso) cuyo desenlace ha de forjar presumiblemente una identidad hoy en ciernes para la psiquiatría latinoamericana. En la escena mundial, el reordenamiento ideológico, las contradicciones sociales y el terrorismo y la represión política han contribuido a crear una atmósfera de creciente incertidumbre. En esta fase, el devenir de la psiquiatría en otras partes del mundo marca la declinación del psicoanálisis en América del Norte, una cierta revitalización del mismo en Europa Occidental, el flirteo de Norteamérica, con su versión de la psiquiatría social comunitaria inspirada por la legislación y las esperanzas Kennedianas, y el sólido progreso de la investigación biológica evidente en los últimos quince o veinte años. En este curso histórico ancló en América Latina con el mensaje social, el de la “revolución de las expectativas crecientes” y de las promesas no cumplidas de la crítica, dura pero aún académica e intelectual, al “sistema” imperante (amorfo y caótico). La psiquiatría en América Latina pasó, sobre todo en las generaciones jóvenes, a una clara politización de las ideas psiquiátricas con sus secuelas de “etiquetación” fácil del “amigo” o del “adversario”, de sectarismo irredento, de polarización doctrinaria y de actitudes militantes. El psicoanálisis ha sufrido una vez más el embate de movimientos revisionistas inspirados por Fromm en México y por los psicoanalistas disidentes en Argentina, particularmente en la década de los 70. La investigación epidemiológica ha florecido y con ella el estudio de los fenómenos psicosociales y mejor, de la perspectiva psicosocial del fenómeno clínico, demasiado real y demasiado dolorosa para aceptar “clichés” psicodinámicos o “letanías” existencialistas. Los avances tecno-biológicos requieren asimilación pero no justifican una identidad en la psiquiatría de nuestra América. La síntesis es dura y difícil y aun antes de alcanzarse plenamente, es posible pronosticar

oscilaciones que reflejarán claramente las paradojas y las ambivalencias de la América Latina de hoy (Alarcón, 2001). Puede postularse también sin embargo, que por tradición, por temperamento, por circunstancia histórica, por una indispensable vocación de trascendencia y aun por elemental necesidad de sobrevivencia, la psiquiatría latinoamericana elegirá la ruta social para su desarrollo (Mariátegui, 1972).

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

¿Por qué necesita la psiquiatría latinoamericana, a final de cuentas, una identidad? ¿No será nuestra psiquiatría como es la literatura latinoamericana para Octavio Paz (1981): contradictoria, ambigua, excepcionalista e indeterminada? ¿No tendrá en su seno, como en las literaturas, “un diálogo continuo lleno de oposiciones, separaciones, bifurcaciones”? La respuesta no es ciertamente fácil. Pero la psiquiatría ni es literatura y, con ser un aspecto de la medicina, no es ni cirugía ni cardiología. Necesita por tanto una identidad porque no puede marchar al margen de la evolución histórica de su continente – cuna. Porque en su joven historia ha bosquejado un proyecto, una imagen de sí misma, una necesidad de ser vista de igual a igual por las otras psiquiatrías. Y no en la lucha ideológica, sino en énfasis, prioridades y objetivos. Se requiere tener identidad como tarea ineludible porque enseguida ha de estudiarse y afrontarse los conflictos inevitables de identidad. La psiquiatría latinoamericana-

na requiere una identidad pluralista de énfasis social —con enseñanza e investigación a su altura— porque Latinoamérica es en sí un gigantesco *laboratorio psicosocial* (León, 1972) y porque el continente no quiere ser más el “*inquilino tristón de las orillas*” que canta el bardo popular. La requiere porque existen pacientes psiquiátricos latinoamericanos con problemas propios, diversos y distintos. Porque ellos tienen su singular “orden negociado” en y de la enfermedad, frente al cual el deber del psiquiatra y del trabajador de salud mental del continente es más que profesional, ético y auténticamente existencial.

Es precisamente en este espíritu autoreflexivo de una psiquiatría nuestra, llamada a enfrentar lo que nos es propio y a hacerlo con los recursos —de conceptualización y de acción— que también son nuestros, en que está inspirada esta *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico*. Imperfecta y tentativa, ella contiene nuestra manera de ver nuestros problemas y nuestra convicción por encontrarles la mejor solución en beneficio de nuestros pacientes. Representa el reto permanente por mejorar nuestros métodos de diagnóstico y tratamiento de los problemas psicosociales y de salud y enfermedad mental en nuestras poblaciones, y el intento, tal vez audaz pero honesto, de contribuir de una manera afirmativa al desarrollo de la psiquiatría universal.



## Parte II

# Evaluación y formulación diagnóstica y plan de tratamiento

### INTRODUCCIÓN

Un aspecto fundamental del diagnóstico en psiquiatría y medicina general es el proceso de evaluación del paciente y la arquitectura del modelo diagnóstico que resume organizadamente la información obtenida para efectivizar la atención al paciente. En esto cabe recordar, como afirma Lain Entralgo (1982), que el diagnóstico es más que identificar enfermedades (diagnóstico nosológico) o distinguir unas enfermedades de otras (diagnóstico diferencial). El diagnóstico pues, no es sólo identificar trastornos, sino entender cabalmente lo que pasa en la mente y el cuerpo de la persona que busca atención clínica, incluyendo el modo particular como se manifiesta y se vivencia una enfermedad en cada paciente, cómo afecta ésta sus relaciones laborales familiares y sociales, y cómo impacta su calidad de vida.

El proceso diagnóstico debe encuadrarse dentro de las condiciones en que el clínico opera y dentro del contexto sociocultural del paciente. Debe recordarse que el diagnóstico es un proceso fundamentalmente clínico, el cual puede ser complementado por otros procedimientos adicionales, dependiendo de los recursos técnicos disponibles. De acuerdo con Miranda Sá (1984, pp. 274-275), 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) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992), el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 4ta Edición (DSM-IV) (American Psychiatric Association [APA], 1994), la Segunda Edición Revisada de la Clasificación China de Enfermedades Mentales (Chinese Medical Association, 1995), y las Pautas Internacionales para la Evaluación Diagnóstica, recientemente publicadas por la Asociación Mundial de Psiquiatría (Mezzich, Berganza, von Cranach et al, 2003). Entre las referencias latinoamericanas, se incluye el modelo de diagnóstico triaxial de Leme Lopes (1954), el modelo octogonal de Ramírez (1989) y el Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (Otero Ojeda, 2000).

### 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, Beranza, von Cranach et al, 1999) incluyen los siguientes:

#### *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.

#### *Utilización de Fuentes Adicionales de Información*

Estas fuentes pueden incluir familiares y otras personas significativas, tales como 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.

### *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 cognoscitivas, ánimo y afecto, 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.

### *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 éstos provengan de otras latitudes o culturas.

### *Formulación Diagnóstica Integral*

Se recomienda que esta fase organizativa y sintetizadora de la información obtenida se cumpla de acuerdo a un modelo diagnóstico comprehensivo, compuesto de una formulación multiaxial estandarizada y de otra idiográfica o personalizada. Este modelo y su formulación se presentan en secciones subsiguientes.

### *Articulación del Diagnóstico con el Plan de Tratamiento*

La información contenida en los diferentes acápite 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, involucrando modalidades diagnósticas y terapéuticas pertinentes y los profesionales específicos.

### *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

**Cuadro 1: Sistemas multiaxiales Internacionales**

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

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

### *Antecedentes Mundiales y Latinoamericanos*

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

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

El Cuadro 2 exhibe tres sistemas multiaxiales latinoamericanos, aquellos diseñados por Leme Lopes (1954) en Brasil, Ramírez (1989) en Puerto Rico, y los arquitectos del Tercer Glosario Cubano

de Psiquiatría (Otero Ojeda, 2000). Es de notar que estos esquemas, por un lado, incluyen ejes reconocibles en los sistemas diagnósticos de amplia visibilidad internacional (como la CIE-10 y la DSM-IV) y, por otro, ejes menos estructurados que contienen elementos informativos adicionales, no sólo patológicos, sino también aspectos positivos de la salud, incluyendo los recursos con que se cuentan para el tratamiento. El contenido de estos últimos ejes se puede considerar relevante para una formulación idiográfica o personalizada.

### *Desarrollo de un Nuevo Modelo Diagnóstico Integral*

El desarrollo de un modelo diagnóstico integral nuevo, que vaya más allá de una formulación multiaxial estandarizada para incluir las perspectivas integrativas del clínico y del paciente y su familia sobre lo fundamental de la condición total del paciente, de una manera flexible y eficiente, ha llevado a la conceptualización de un componente diagnóstico complementario, idiográfico y personalizado.

Uno de los estímulos genéricos para tal conceptualización fue el diseño y publicación en el DSM-IV de una Formulación Cultural como complemento narrativo a la formulación diagnóstica estándar (Mezzich, Kleinman, Fabrega, Parron, 1996; Mezzich y Good, 1997). El Cuadro 3 exhibe los elementos de esta Formulación Cultural, que intenta describir el marco cultural de la identidad del pa-

**Cuadro 2: Sistemas Multiaxiales Latinoamericanos**

Leme-Lopes (1954) (Brasil)	Ramírez (1989) (Puerto Rico)	GC – 3 (Otero Ojeda, 2000) (Cuba)
I. Síndromes	I. Diagnóstico Psiquiátrico (DSM-III AXIS I)	I. Diagnósticos clínicos
*II. Personalidad Pre - Mórbida	II. Diagnóstico Psicológico (DSM-III AXIS II)	II. Minusvalías
III. Constelación Etiológica	III. Diagnóstico Médico (DSM-III AXIS III)	III. Factores ambientales y personales adversos
	IV Estresores Sociales (DSM-III AXIS IV)	*IV. Otros factores ambientales y personales
	V. Adaptación General (DSM-III AXIS V)	*V. Mecanismos inadaptables
	*VI. Habilidades y talentos (vg. intelectual, artístico)	*VI. Otras información significativa (tests, resp. terapéutica)
	*VII. Espiritualidad	
*Estos ejes incluyen elementos idiográficos o personalizados	*VIII. Madurez Caracterológica (vg. iniciativa, solidaridad)	

ciente, de la experiencia de enfermedad, del significado de sus contextos y de la relación clínico-paciente. Esta Formulación Cultural no corresponde a todos los aspectos pertinentes de un componente idiográfico completo para un diagnóstico integral, pero demuestra la posibilidad de complementar un diagnóstico estándar con una formulación narrativa.

### Cuadro 3: Formulación Cultural para el DSM-IV

- A. Identidad cultural.
- B. Explicaciones culturales de la enfermedad.
- C. Elementos culturales del contexto social.
- D. Elementos interculturales en la relación Clínico-Individuo.
- E. Sumario cultural para el diagnóstico y la atención alínea.

(Mezzich, Kleinman, Fabrega, Parron, 1996)

Cranach, et al, 1999). La estructura de este modelo diagnóstico se presenta a continuación, comenzando con su componente multiaxial estandarizado:

Eje I: Trastornos clínicos. Estos incluyen tanto trastornos mentales como médico-generales, formulados en secciones separadas o en una sola, especificados y codificados de acuerdo a la CIE-10 (OMS, 1992).

Eje II: Discapacidades. Estas se evalúan dimensionalmente en cuatro áreas separadas (cuidado personal, ocupacional, con la familia y social en general) de acuerdo a una combinación de la intensidad y frecuencia de su presencia reciente, como se especifica en la Presentación Multiaxial de la CIE-10 (WHO, 1997).

Eje III: Factores Contextuales. Estos incluyen, principalmente, problemas psicosociales o ambientales que sean pertinentes a la presentación, curso o tratamiento de los trastornos del paciente o que sean objetos de tratamiento clínico. Se pueden denotar con los códigos Z de la CIE-10 (OMS, 1992).

Eje IV: Calidad de Vida. Este es un eje no contemplado en la Presentación Multiaxial de la CIE-10 (de la cual provienen los tres primeros ejes) y que ha emergido en años recientes como un área importante para describir el estado de salud de una persona y como índice del resultado de tratamiento. Se acepta ampliamente que su evaluación debe basarse principalmente en la percepción de la persona involucrada sobre el nivel de su bienestar físico y emocional, su funcionamiento, sus apoyos sociales y la satisfacción de sus aspiraciones personales y espirituales. Se puede medir en forma global directa (por ejemplo, en un continuo de *pésima* a *excelente*) o a través de instrumentos multidimensionales apropiados tales como el Instrumento de Calidad de Vida de la WHO (Orley y Kuyken, 1994) y el Índice de Calidad de Vida (Mezzich, Cohen, Rui Pérez et al, 2000).

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

La principal contribución a la conceptualización de un modelo diagnóstico integral con un componente estandarizado y otro idiográfico está contenida en las Pautas Internacionales para la Evaluación Diagnóstica (en inglés IGDA), en desarrollo por la Asociación Mundial de Psiquiatría (Mezzich, Berganza, von

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

**Cuadro 4: Hacia un Esquema Diagnóstico Integral Latinoamericano**

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

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

#### FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL PARA LA GLADP

Preparada sobre la base de las consideraciones expuestas en la sección previa, se presenta como un apéndice un Formato de Formulación Diagnóstica Integral, para facilitar su utilización como parte de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico. Tanto el modelo de formulación diagnóstica integral, como el formato para su cumplimentación, han sido desarrollados en paralelo con las Pautas Internacionales para la Evaluación Diagnóstica (IGDA) de la Asociación Mundial de Psiquiatría (Mezzich, Berganza, von Cranach, *et al*, 2003).

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

Eje I: Trastornos Clínicos y Problemas Relacionados. Estos incluyen tanto enfermedades *sensu stricto* como problemas del individuo (codificados de acuerdo a los Códigos Z de la CIE-10), cuando, sin ser enfermedad, se hacen prominentes para la condición del paciente porque representan factores de riesgo o requieren atención clínica de manera expedita. Los trastornos clínicos incluyen los mentales y los de carácter médico general, y deben codificarse en sub-ejes separados, si se estima necesario. Los trastornos mentales están listados y descritos en la Parte III, Nosología, de la GLADP, codificados de acuerdo al Capítulo V (F) de la CIE-10 y corresponden a las condiciones albergadas en los ejes I, II y III, del DSM-IV. Todos los trastornos presentes en el paciente actualmente deben ser diagnosticados.

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

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

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

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

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

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

- Involucra la participación del clínico y, especialmente, del paciente y su familia.
- Está basada en el establecimiento de una relación considerada y respetuosa entre los participantes, que se extenderá durante todo el curso de la atención clínica.
- Las tareas incluyen la articulación de perspectivas sobre el diagnóstico comprensivo, el planeamiento del tratamiento y la promoción de la salud.
  - El contenido de la formulación incluye las siguientes secciones:
    - ◇ Problemas clínicos y su contextualización, incluyendo la formulación compartida (por el clínico, el paciente y la familia) de estos problemas, la sumarización de información complementaria, y elucidación de sus mecanismos y explicaciones, todo desde perspectivas biológicas, psicológicas, sociales y culturales. Los desacuerdos importantes pueden ser señalados.
    - ◇ Factores positivos del paciente pertinentes al tratamiento y promoción de la salud, p. ej. madurez de personalidad, habilidades y talentos, apoyos y recursos sociales y aspiraciones personales y espirituales.
    - ◇ Expectativas sobre restauración y promoción de la salud (sobre los tipos y resultados del tratamiento y aspiraciones sobre el estado de salud y calidad de vida en el futuro previsible).
- Esta formulación tiene un carácter fundamentalmente cualitativo y se vincula científicamente con la investigación etnográfica y aspira a un resultado dialógico (clínico-paciente) y diacrónico (dinámico y longitudinal).
- La presentación de esta formulación debe ser narrativa para aprovechar toda la flexibilidad del lenguaje natural o coloquial. Esta presentación puede ser oral o escrita. En el formato adjunto se esbozan las secciones y pautas para una presentación escrita usual. Su longitud podrá variar de acuerdo a las circunstancias, ambientes y propósitos de la evaluación diagnóstica.

## PLAN DE TRATAMIENTO

El propósito principal del diagnóstico es la atención y el tratamiento clínico de la persona que consulta a un profesional de la salud mental. Por tanto, es importante tener esta perspectiva terapéutica desde el inicio del acto de evaluación diagnóstica. El plan de tratamiento debe incluir, en primer lugar, la identificación de problemas sujetos de tratamiento y manejo clínicos; en segundo lugar, la formulación de intervenciones tanto diagnósticas como terapéuticas 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 contenidos anteriores. 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).

**FORMULACION DIAGNOSTICA INTEGRAL**  
(Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Julio 12, 2002)

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

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

**1er COMPONENTE: FORMULACION MULTIAXIAL ESTANDARIZADA**

**Eje I. 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

**Eje II: Discapacidades**

Áreas de Funcionamiento	Escala de Discapacidad*						
	0	1	2	3	4	5	D
A Cuidado personal							
B Ocupacional (empleado, estudiante, etc)							
C Con la familia							
D Social en general							

\* 0= Ninguna; 1= Mínima; 2 = Moderada; 3 = Sustancial; 4 = Seria; 5 = Masiva; D = Desconocida; de acuerdo a la intensidad y frecuencia de la presencia reciente de los diferentes tipos de discapacidades.

**Eje III: Factores Contextuales** (Pertinentes a la presentación, curso o tratamiento de los trastornos del paciente, o como objetivos de atención clínica. Se pueden indicar con códigos Z de la CIE-10).

Áreas de Problemas (especificarlos a continuación)	Códigos Z
1. Familia/Vivienda:	
2. Educacional/Trabajo:	
3. Económica/Legal:	
4. Cultural/Ambiental:	

**Eje IV: Calidad de Vida** (Indicar el nivel percibido por el paciente de su calidad de vida, de pésima a excelente, marcando uno de los 10 puntos en la línea de abajo. Este nivel puede ser determinado a través de un instrumento multidimensional apropiado o por calificación global directa).

Pésima Excelente

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**FORMULACION DIAGNOSTICA INTEGRAL**  
(Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Julio 12, 2002)

**2do. COMPONENTE: FORMULACION IDIOGRAFICA PERSONALIZADA**

- I. Problemas Clínicos y su Contextualización** (Se incluyen trastornos y problemas, basados en la Formulación Multiaxial Estandarizada, en lenguaje compartido por el clínico, el paciente y su familia, así como información complementaria clave, mecanismos y explicaciones desde perspectivas biológicas, psicológicas, sociales y culturales).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- II: Factores Positivos del Paciente** (Se incluyen recursos pertinentes al tratamiento y promoción de la salud, p. ej., madurez de personalidad, habilidades y talentos, apoyos y recursos sociales, y aspiraciones personales y espirituales).

---

---

---

---

---

---

- III: Expectativas sobre Restauración y Promoción de la Salud** (Se incluyen expectativas específicas sobre los tipos y resultados del tratamiento y aspiraciones sobre el estado de salud y calidad de vida en el futuro previsible).

---

---

---

---

---

---

**FORMATO PARA PLAN DE TRATAMIENTO**

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

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

Clínicos involucrados: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:**

Bajo **Problemas Clínicos** liste, como objetos de tratamiento, trastornos clínicos importantes, discapacidades y problemas contextuales presentados en la formulación diagnóstica multiaxial, así como, problemas anotados en la formulación idiográfica. 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 clínico. Sea lo más específico posible en señalar las modalidades terapéuticas 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 meta 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.

<u>PROBLEMAS CLÍNICOS</u>	<u>INTERVENCIONES</u>	<u>OBSERVACIONES</u>

## **Parte III**

# **Clasificación de los Trastornos Mentales**



## INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

- Utilización de un sistema alfanumérico (ver Uso de la Guía) que permitió aumentar a 100 el número de categorías de 3 dígitos.
- El establecimiento de pautas diagnósticas, o sea de criterios estandarizados, que deben ser satisfechos para poder formular los diagnósticos pertinentes. En la CIE-10 para uso clínico se aclara que estas “pautas para el diagnóstico” deben ser manejadas con cierto grado de flexibilidad por el clínico (sobre todo en lo que a la duración de las manifestaciones sintomáticas se refiere). En la GLADP, se va un poco más allá (ver Uso de la Guía), dando al criterio del clínico el papel rector en el proceso diagnóstico. El clínico puede formular un diagnóstico, aún cuando el caso clínico no satisfaga los requerimientos exigidos por las pautas del sistema; aunque, cuando así ocurra, debe aclarar mediante el uso de las siglas D.N.P. (Diagnóstico No Pautado), que el diagnóstico formulado no satisface los requerimientos exigidos por la GLADP. Se recomienda, además que tal opción se reserve para clínicos de mucha experiencia y que no se abuse de ella.
- La “familia” de las versiones de la OMS. para esta 10ª revisión del capítulo V de la CIE consta de varios manuales, con propósitos específicos. Así, existe una versión para uso clínico, otra para investigaciones (CDI-10) y un sistema multiaxial para la descripción de enfermos y diagnósticos, además de una versión simplificada para asistencia primaria. La GLADP, sin embargo, es un manual que puede ser empleado para los usos arriba indicados, excepto para la atención primaria.
- La agrupación de los trastornos mentales en dos grandes categorías (psicosis y neurosis) según su nivel de funcionamiento, usada en la CIE-9, no ha sido mantenida en la CIE-10. En esta última, el ordenamiento se hace con base en el tema principal común o la semejanza diagnóstica, excepto para las categorías F00-F09 (trastornos orgánicos) y F10-F19 (trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas). No obstante, el término “psicótico” es utilizado para indicar la presencia de dicho nivel de funcionamiento con base en la presencia de delusiones, alucinaciones, gran excitación o hiperactividad, manifestaciones catatónicas y aislamiento social grave y prolongado (no debido a depresión o ansiedad). De modo similar, en la CIE-10 el término “neurótico” se usa ocasionalmente y para el encabezamiento de la categoría F40, sin que se le defina en ningún sentido, con lo que los términos neurosis y neurótico pierden su connotación, tanto como definidores de un nivel específico de funcionamiento (el segundo) como de categoría agrupadora de ciertas afecciones mentales con características comunes (las neurosis). En la GLADP se ha propuesto fórmulas de consenso, para preservar el concepto neurosis sin contradecir el enfoque de la CIE-10. Ver frase calificativa “con desarrollo neurótico”.
- El manual de la OMS utiliza ampliamente el término *trastorno*, debido a que su ambigüedad tolera la inclusión de múltiples cuadros clínicos, independientemente de sus causas y sin hacer alusión al carácter morboso o no de esas “desviaciones”.
- La palabra “delirio”, ha sido excluida de la CIE-10, (versión española) pues se ha utilizado, tanto para referirse al cuadro orgánico (confusional) también conocido por *delirium*, como para hacer alusión al trastorno del pensamiento caracterizado por ideas delirantes. Si bien, esta situación

puede salvarse reservando el vocablo “delirio” para el segundo caso, no hay manera de usar de forma inequívoca su adjetivo “delirante” (también excluido de la CIE-10, donde se utiliza en su lugar “ideas delirantes”). Sin embargo los términos delirio y delirante son usados en el manual oficial de la OMS. La GLADP utiliza los términos “delusiones”, “delusivos” e “ideas delusivas” en reemplazo de “delirios”, “delirantes” e “ideas delirantes” (H. Delgado, 1958), y mantiene el uso propuesto por la CIE-10 para el término “delirium”.

- Términos como dislexia y autismo, no son utilizados en la CIE-10 por las diferentes connotaciones con que han sido empleadas.
- El uso de diagnósticos psiquiátricos múltiples (cuando sea pertinente) es aconsejado por la OMS, así como el registro, además, de aquellos con base somática, correspondientes a otros capítulos de la CIE.
- La CIE-10 tiene un enfoque básicamente descriptivo, evitando, en lo posible, toda referencia (o influencia) a las distintas escuelas psicológicas y presuntas bases etiológicas en las descripciones, pautas diagnósticas y ordenamiento de los trastornos mentales.
- Los cambios introducidos en cada una de las diez grandes categorías de tres dígitos contenidas en la CIE-10, son explicados en las anotaciones correspondientes a cada una de ellas.
- Aquellos síndromes propios de determinadas culturas (“síndromes culturales”), serán clasificados dentro de la CIE-10 según el código equivalente más apropiado (trastorno de ansiedad, depresivos, de adaptaciones, etcétera), señalando además el “trastorno cultural” específico de que se trata. Los síndromes culturales más importantes para la región latinoamericana son descritos en detalle en la Sección correspondiente de la GLADP.



# Lista de Categorías diagnósticas

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
<b>F00-F09</b>	TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS, INCLUIDOS LOS SINTOMÁTICOS
<b>F00</b>	Demencia en la Enfermedad de Alzheimer
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>	Demencia Vascular
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>	Demencia en enfermedades clasificadas en otra parte
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>	Demencia no especificada
	Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la demencia de F00-F03.
.X0	Sin síntomas adicionales
.X1	Con predominio de ideas delusivas
.X2	Con predominio de alucinaciones
.X3	Con predominio de síntomas depresivos
.X4	Con otros síntomas mixtos

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
<b>F04</b>	Síndrome Amnésico Orgánico, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas
<b>F05</b>	Delirium no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas
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>	Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad física
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>	Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento debidos a enfermedad o a lesión o disfunción cerebral
F07.0	Trastorno de la personalidad, orgánico
F07.1	Síndrome postencefalítico
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>	Trastorno Mental Orgánico o Sintomático, no especificado

Código CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS

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

Descripción General de los Síndromes de Cuarto Carácter

- .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

**F10** Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al uso de alcohol

- F10.0 Intoxicación aguda por alcohol
  - F10.07 Intoxicación patológica por alcohol
- F10.1 Uso nocivo de alcohol
- F10.2 Síndrome de dependencia al 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
- 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

**F11** Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al uso de opiáceos

- 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

**F12** Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al uso de cannabinoides

- F12.0 Intoxicación aguda por cannabinoides
- F12.3 Estado de abstinencia por cannabinoides

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
<b>F13</b>	Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos
F13.0	Intoxicación aguda por sedantes o hipnóticos
F13.3	Estado de abstinencia por sedantes o hipnóticos
<b>F14</b>	Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al uso de cocaína
F14.0	Intoxicación aguda por cocaína
F14.3	Estado de abstinencia por cocaína
<b>F15</b>	Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína
F15.0	Intoxicación aguda por otros estimulantes, incluida la cafeína
F15.3	Estado de abstinencia por otros estimulantes, incluida la cafeína
<b>F16</b>	Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al uso de alucinógenos
F16.0	Intoxicación aguda por alucinógenos
F16.3	Estado de abstinencia por alucinógenos
<b>F17</b>	Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al uso de tabaco
F17.0	Intoxicación aguda por tabaco (nicotina)
F17.3	Estado de abstinencia por tabaco
<b>F18</b>	Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles
F18.0	Intoxicación aguda por disolventes volátiles
F18.3	Estado de abstinencia por disolventes volátiles
<b>F19</b>	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

Código CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS

**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.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

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
<b>F24</b>	Trastorno Delusivo Inducido
<b>F25</b>	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
<b>F28</b>	Otros Trastornos Psicóticos de origen no orgánico
<b>F29</b>	Psicosis de origen no orgánico, no especificada
<b>F30-F39</b>	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)
<b>F30</b>	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
<b>F31</b>	Trastorno Afectivo Bipolar
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

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

- 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
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado
- F33** Trastorno Depresivo Recurrente
- 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
- F34** Trastornos del Humor (Afectivos) Persistentes
- F34.0 Ciclotimia
- F34.1 Distimia
- F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes
- F34.9 Trastorno persistente del humor (afectivo), no especificado
- F38** Otros Trastornos del Humor (Afectivos)
- 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

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
<b>F39</b>	Trastorno del Humor (Afectivo), no Especificado
<b>F40-F48</b>	TRASTORNOS NEURÓTICOS, TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS
<b>F40</b>	Trastornos Fóbicos de Ansiedad
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>	Otros Trastornos de Ansiedad
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>	Trastorno Obsesivo-Compulsivo
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>	Reacción al Estrés Grave y Trastornos de Adaptación
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

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
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

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

**F48** Otros Trastornos Neuróticos

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 Ingestión de Alimentos

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 ingestión de alimentos

F50.9 Trastorno de la ingestión de alimentos, 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

Código

CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS

- F52.8 Otras disfunciones sexuales, no ocasionadas por trastorno ni por enfermedad orgánicas
- F52.9 Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni por enfermedad orgánicas, 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

- F55** Abuso de sustancias que no producen dependencia

- 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

- F59** Síndromes del Comportamiento Asociados con Alteraciones Fisiológicas y Factores Físicos, no Especificados

**F60-F69** TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS

- F60** Trastornos Específicos de la Personalidad
- 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 limite
- 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

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
F60.8	Otros trastornos específicos de la personalidad
F60.9	Trastorno de la personalidad, no especificado
<b>F61</b>	Trastornos Mixtos y otros trastornos de la personalidad
F61.0	Trastornos mixtos de la personalidad
F61.1	Variaciones problemáticas de la personalidad no clasificables en F60 ó F62
<b>F62</b>	Cambios perdurables de la personalidad no atribuibles a lesión o a enfermedad cerebral
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>	Trastornos de los Hábitos y de los Impulsos
F63.0	Juego patológico (Ludomanía)
F63.1	Piromanía
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>	Trastornos de la Identidad de Género
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>	Trastornos de la Preferencia Sexual
F65.0	Fetichismo
F65.1	Transvestismo fetichista
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

Código

CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS

**F66** Trastornos Psicológicos y del Comportamiento Asociados con el Desarrollo y la Orientación Sexuales

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

**F68** Otros Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento en Adultos

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

**F69** Trastorno de la Personalidad y del Comportamiento en Adultos, no Especificado

**F70-F79** RETRASO MENTAL

**F70** Retraso Mental Leve

**F71** Retraso Mental Moderado

**F72** Retraso Mental Grave

**F73** Retraso Mental Profundo

**F78** Otros Tipos de Retraso Mental

**F79** Retraso Mental, no Especificado

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

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
<b>F80-F89</b>	TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO
<b>F80</b>	Trastornos Específicos del Desarrollo del Habla y del Lenguaje
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>	Trastornos Específicos del Desarrollo de las Habilidades Escolares
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>	Trastorno Específico del Desarrollo de la Función Motriz
<b>F83</b>	Trastornos Específicos Mixtos del Desarrollo
<b>F84</b>	Trastornos Generalizados del Desarrollo
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>	Otros Trastornos del Desarrollo Psicológico
<b>F89</b>	Trastorno del Desarrollo Psicológico, no Especificado

Código

CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS

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

**F90** Trastornos Hipercinéticos

- F90.0 Perturbación de la actividad y de la atención
- F90.1 Trastorno hipercinético de la conducta
- F90.8 Otros trastornos hipercinéticos, especificados
- F90.9 Trastorno hipercinético, no especificado

**F91** Trastornos de la Conducta

- 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

**F92** Trastornos Mixtos de la Conducta y de las Emociones

- 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

**F93** Trastornos Emocionales de Comienzo Específico en la Niñez

- 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

**F94** Trastornos del Comportamiento Social de Comienzo Específico en la Niñez y en la Adolescencia

- 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

Código	CLASES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
<b>F95</b>	Trastornos por Tics
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>	Otros Trastornos Emocionales y del Comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia
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>	Trastorno Mental sin Especificación

## **Trastornos Mentales y del Comportamiento:**

**Descripciones, Criterios  
Diagnósticos y Anotaciones**



## Trastornos mentales orgánicos, incluyendo los sintomáticos (F00-F09)

### ÍNDICE DE ESTA SECCIÓN

Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
<b>F00*</b>	Demencia en la enfermedad de Alzheimer [G30] F00.0* Demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo temprano [G30.0] F00.1* Demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo tardío [G30.1] F00.2* Demencia en la enfermedad de Alzheimer, atípica o de tipo mixto [G30.8] F00.9* Demencia en la enfermedad de Alzheimer, no especificada [G30.9]	F02.3* Demencia en la enfermedad de Parkinson [G20] F02.4* Demencia en la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] [B22.0] F02.8* Demencia en enfermedades especificadas, clasificadas en otra parte	
<b>F01</b>	Demencia vascular  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>F03</b> Demencia, no especificada  Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas adicionales para las categorías de demencia de F00-F03, como sigue:  .X0 Sin síntomas adicionales .X1 Con predominio de ideas delusivas .X2 Con predominio de alucinaciones .X3 Con predominio de síntomas depresivos .X4 Con otros síntomas mixtos	
<b>F02*</b>	Demencia en enfermedades clasificadas en otra parte  F02.0* Demencia en la enfermedad de Pick [G31.0] F02.1* Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob [A81.0] F02.2* Demencia en la enfermedad de Huntington [G10]	Puede también utilizarse un 6º carácter para indicar la gravedad de la demencia, así:  .xx0 Leve .xx1 Moderada .xx2 Grave	

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

## ÍNDICE DE ESTA SECCIÓN

Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
<b>F04</b>	Síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas	<b>F07</b>	Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad o a lesión o disfunción cerebral
<b>F05</b>	Delirium no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas	F07.0	Trastorno de la personalidad, orgánico
F05.0	Delirium no superpuesto a demencia	F07.1	Síndrome postencefalítico
F05.1	Delirium superpuesto a demencia	F07.2	Síndrome postconcusional
F05.8	Otro delirium	F07.8	Otros trastornos orgánicos de la personalidad y del comportamiento, debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral
F05.9	Delirium, no especificado	F07.9	Trastorno orgánico de la personalidad y del comportamiento, no especificado, debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral
<b>F06</b>	Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad física	<b>F09</b>	Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado
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		

## INTRODUCCIÓN A LA SECCIÓN

Esta sección comprende una variedad de trastornos mentales que se agrupan por tener en común una etiología demostrable de enfermedad cerebral, lesión u otro trauma del cerebro, que lleva a una disfunción cerebral. La disfunción puede ser primaria, como ocurre en las enfermedades, lesiones y traumas que afectan directa y selectivamente al cerebro, o secundaria, como en las enfermedades y trastornos sistémicos que atacan múltiples órganos o sistemas del organismo, entre ellos, el cerebro.

### **Anotación Latinoamericana**

El contexto cultural y educacional es importante en la evaluación de las funciones cognitivas. 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 empleen pruebas diseñadas para o estandarizadas en la cultura local.

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

## DEMENCIA

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

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

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE INVESTIGACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) Labilidad emocional.
- 2) Irritabilidad.
- 3) Apatía.
- 4) Embrutecimiento del comportamiento social.

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

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

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

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

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

### Anotación Latinoamericana

La demencia es por definición una enfermedad grave. Por el estigma asociado a este diagnóstico, se recomienda no hacer uso del término de *demencia leve* en la práctica médica. Se recomienda,

en cambio, utilizar el diagnóstico de **Trastorno cognoscitivo leve (F06.07)**, cuyos criterios diagnósticos son muy similares a los de demencia leve.

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

### **F00\* Demencia en la enfermedad de Alzheimer (G30.)**

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

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Los criterios generales de demencia (G1 a G4) deben darse.

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

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

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

Incluye: Enfermedad de Alzheimer, tipo 2.

Demencia presenil, de tipo Alzheimer.

Demencia degenerativa primaria de tipo Alzheimer, de comienzo presenil.

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

**Anotación Latinoamericana**

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

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

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

Incluye: Demencia atípica, de tipo Alzheimer

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

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

**F01 Demencia vascular**

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

Incluye: Demencia arteriosclerótica

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

G1. Los criterios generales de demencia (G1 a G4) deben darse.

G2. Desigual distribución de los déficits de las funciones cognitivas superiores, estando algunas afectadas y otras relativamente conservadas. Así, la memoria puede estar marcadamente afectada mientras que el pensamiento, el razonamiento y el procesamiento de la información pueden estar sólo discretamente alterados.

G3. Presencia de daño cerebral focal sugerido por uno o más de los síntomas siguientes:

- 1) Paresia espástica y unilateral de las extremidades.
- 2) Reflejos tendinosos incrementados en forma unilateral.
- 3) Respuesta plantar extensora.
- 4) Parálisis pseudobulbar.

G4. Evidencia por la historia, el examen clínico o las pruebas complementarias, de una enfermedad cerebrovascular significativa que pudiere razonablemente considerarse etiológicamente relacionada con la demencia. (Por ejemplo: historia de apoplejía; evidencia de infarto cerebral.).

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

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

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

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Debe satisfacerse los criterios generales para demencia vascular (F01).

B. La demencia evoluciona rápidamente (por lo general en un mes, pero en no más de tres meses) tras una sucesión de infartos repetidos o (raramente) tras un infarto masivo único.

**F01.1** Demencia vascular por infartos múltiples

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

Incluye: Demencia predominantemente cortical.

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Debe satisfacerse los criterios generales para demencia vascular (F01).

B. El inicio de la demencia es gradual (entre tres y seis meses), siguiendo a un número de episodios isquémicos menores.

### Anotación Latinoamericana

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

#### F01.2 Demencia vascular subcortical

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

##### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

#### F01.3 Demencia vascular mixta, cortical y subcortical

##### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

### Anotación Latinoamericana

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

#### F01.8 Otras demencias vasculares, especificadas

### Anotación Latinoamericana

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

#### F01.9 Demencia vascular, no especificada

#### F02\* Demencia en enfermedades clasificadas en otra parte

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

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

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

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

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

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

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

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

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

Incluye: Demencia en la corea de Huntington

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

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

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

Incluye: Demencia en el parkinsonismo.

Demencia en la parálisis agitante.

*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 diag-

nóstico de demencia secundaria a esa causa y se agregará en el Eje correspondiente el diagnóstico de Enfermedad de Parkinson.

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

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

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

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

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

Incluye: Demencia en:

- Lipidosis cerebral (E75.-).
- Epilepsia (G40.-).
- Degeneración hepatolenticular (E83.0).
- Hipercalcemia (E83.5).
- Hipotiroidismo adquirido (E01, E03.-).
- Intoxicaciones (T36-T65).
- Esclerosis múltiple (G35).
- Neurosífilis (A52.1).
- Deficiencia de niacina (pelagra) (E52).
- Poliarteritis nodosa (M30.0).
- Lupus eritematoso sistémico (M32.-).
- Tripanosomiasis africana (B56.-), americana (B57.-).
- Deficiencia de vitamina B12 (E53.8).

### **F03 Demencia, no especificada**

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

Incluye: Demencia presenil sin especificación

- Psicosis presenil sin especificación.
- Demencia degenerativa primaria sin especificación.
- Demencia senil sin especificación.
- Demencia senil tipo depresivo o tipo paranoide
- Psicosis senil sin especificación
- Psicosis presenil sin especificación

Excluye: Demencia senil con delirium o estado confusional agudo (F05.1)

- Senilidad sin especificación (R54)

### **F04 Síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas**

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

Incluye: Psicosis o síndrome de Korsakov, no alcohólicos.

Excluye: Amnesia sin especificación (R41.3)

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

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

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

B. Ausencia de:

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

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

### **Anotación Latinoamericana**

El texto del glosario oficial de la CIE-10, al expresar “pero habitualmente se conservan la percepción y otras funciones cognoscitivas, entre ellas la inteligencia”, no deja bien claro el hecho de que el diagnóstico de esta entidad es compatible con cierto grado de deterioro cognoscitivo, pero no con una merma lo suficientemente intensa en estas funciones como para satisfacer los criterios diagnósticos de Demencia: El texto quedaría mejor de la siguiente manera: “La percepción y otras funciones cognoscitivas, incluyendo la inteligencia no están lo suficientemente afectadas, como para satisfacer el criterio G2 de demencia”.

### **F05 Delirium no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas**

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

Incluye: Síndrome orgánico cerebral o encefálico, agudo o subagudo.

Estado confusional agudo o subagudo (no alcohólico).

Psicosis infecciosa aguda o subaguda.

Reacción orgánica aguda o subaguda.

Síndrome psico-orgánico agudo o subagudo.

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

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Enturbiamiento de la conciencia, por ejemplo claridad reducida del conocimiento del medio, con habilidad reducida para focalizar, sostener o cambiar la atención.
- B. Trastornos de la cognición, que se manifiestan por:
- 1) Deterioro de la memoria inmediata y reciente, con mantenimiento relativamente intacto de la memoria remota.
  - 2) Desorientación en tiempo, espacio o persona.
- C. Al menos una de las siguientes alteraciones psicomotrices:
- 1) Cambios rápidos e imprevistos de hipo a hiperactividad.
  - 2) Incremento del tiempo de reacción.
  - 3) Incremento o disminución del flujo del habla.
  - 4) Acentuación de las reacciones de sorpresa.

D. Trastornos en el ciclo sueño-vigilia, que se manifiestan por al menos uno de los siguientes síntomas:

- 1) Insomnio, que en los casos graves puede llegar a ser una pérdida completa del sueño, con o sin somnolencia diurna, o inversión del ciclo sueño-vigilia.
- 2) Empeoramiento vespertino de los síntomas.
- 3) Sueños desagradables o pesadillas que pueden prolongarse durante la vigilia en forma de alucinaciones o ilusiones

E. Instauración súbita y fluctuaciones diurnas del curso de los síntomas.

F. Antecedentes o datos objetivos en las exploraciones clínicas, neurológicas y complementarias (por ejemplo: anomalías electroencefalográficas, en especial el característico pero no invariable enlentecimiento de la actividad de fondo) de una enfermedad cerebral o sistémica subyacente (excluyendo los trastornos por consumo de alcohol o drogas) que pudiera razonablemente ser considerada como responsable de los síndromes clínicos de A a D.

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

##### **Anotación Latinoamericana**

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

#### **F05.1** Delirium superpuesto a un cuadro de demencia

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

##### **Anotación Latinoamericana**

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

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

Incluye: Delirium de etiología mixta.

##### **Anotación Latinoamericana**

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

**F05.9** Delirium, no especificado**Anotación Latinoamericana**

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

**F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad física**

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

Excluye: Trastornos mentales asociados con delirium (F05.-).

Trastornos mentales asociados con demencia (F00-F03).

Trastornos mentales inducidos por el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas (F10-F19)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

G1. Antecedentes o datos objetivos en las exploraciones clínicas, neurológicas y complementarias de una enfermedad, daño o disfunción cerebral o sistémica subyacente de la que se sabe que puede producir disfunción cerebral, incluyendo alteraciones hormonales (se excluyen los trastornos por consumo de alcohol o drogas).

G2. Presunta relación entre la aparición o exacerbación de la enfermedad, lesión o disfunción subyacente y el inicio del trastorno mental con independencia del trastorno que aparezca en primer lugar.

G3. Remisión o mejoría significativa del trastorno mental cuando desaparece o mejora la supuesta causa subyacente.

G4. Ausencia de otra posible etiología del trastorno mental, por ejemplo, antecedentes familiares, muy cargados de trastornos similares o relacionados.

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

**Anotación Latinoamericana**

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

**F06.0** Alucinosis orgánica

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

Incluye: Estado alucinatorio orgánico (no alcohólico).

Excluye: Alucinosis alcohólica (F10.5).

Esquizofrenia (F20.-).

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

**F06.1** Trastorno catatónico, orgánico

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

Excluye: Esquizofrenia catatónica (F20.2).

Estupor sin especificación (R40.1).

Estupor disociativo (F44.2).

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

**F06.2** Trastorno delusivo [esquizofreniforme], orgánico

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

Incluye: Estados paranoides y estados alucinatorios paranoides orgánicos.

Psicosis esquizofreniforme en la epilepsia.

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

Trastorno delusional persistente (F22.-).

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

Esquizofrenia (F20.-).

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Debe satisfacerse los criterios generales de F06.

B. El cuadro clínico está dominado por delusiones (de persecución, de transformación corporal, de enfermedad, de muerte o de celos) que puede presentar grados variables de sistematización.

C. La conciencia es clara y la memoria permanece intacta.

**F06.3** Trastornos del humor [afectivos] orgánicos

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

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

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Debe satisfacerse los criterios generales del F06.

B. El cuadro debe satisfacer los criterios de alguno de los trastornos del humor (afectivos) expuestos en F30-F32\*.

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

F06.30 Trastorno maníaco orgánico

F06.31 Trastorno bipolar orgánico

F06.32 Trastorno depresivo orgánico

F06.33 Trastorno del humor (afectivo) mixto orgánico

**F06.4** Trastorno de ansiedad, orgánico

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

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

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Debe satisfacerse los criterios generales de F06.

B. El cuadro debe satisfacer los criterios de F41.0 ó F41.1.\*

**F06.5** Trastorno disociativo, orgánico

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

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

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Debe satisfacerse los criterios generales de F06.

B. El cuadro debe satisfacer los criterios de una de las subcategorías F44.0-F44.8\*.

**Anotación Latinoamericana**

El asterisco \* al criterio B de las categorías F06.3 a F06.5 debiera identificar el siguiente texto: “excepto el relativo a la ausencia de una causa orgánica”

**F06.6** Trastorno de labilidad emocional [asténico], orgánico

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

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

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Debe satisfacerse los criterios generales de F06.

B. El cuadro clínico está dominado por una labilidad emocional (expresión descontrolada, inestable y fluctuante de las emociones).

C. Presencia de una gran variedad de sensaciones corporales desagradables, como mareos, dolores o parestesias.

**F06.7** Trastorno cognoscitivo leve

Trastorno caracterizado por deterioro de la memoria, dificultades de aprendizaje y habilidad reducida para concentrarse en una tarea más allá de períodos breves. Se encuentra frecuentemente un marcado sentimiento de fatiga mental para acometer el trabajo intelectual, y la adquisición de aprendizajes es percibida como subjetivamente difícil, aún 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 postencefalítico (F07.1)

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

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

A. Debe satisfacerse los criterios generales de F06.

B. Presencia la mayor parte del tiempo, durante al menos dos semanas, según información proporcionada por el paciente mismo o por una persona fiable, de una alteración en la función cognoscitiva, caracterizada por dificultades en una de las siguientes áreas:

- 1) Memoria (particularmente recordar) y aprendizaje nuevo.
- 2) Concentración o atención.
- 3) Pensamiento (por ejemplo, en abstracción o en solución de problemas).
- 4) Lenguaje (por ejemplo, en comprensión, identificación de palabras, etc.).
- 5) Funcionamiento viso-espacial.

C. Anormalidad o declive en la ejecución de evaluaciones cognoscitivas cuantificadas (por ejemplo, pruebas neuropsicológicas o examen del estado mental).

D. Ninguna de las dificultades listadas en el criterio B (1 al 5), es de tal magnitud que permita formular un diagnóstico de demencia (F00 a F03), trastornos amnésicos (F04), delirium (F05), síndrome postencefalítico (F07.1), síndrome postconcusional (F07.2), u otros trastornos cognoscitivos persistentes debidos al uso de sustancias psicoactivas (F1x.74).

### **Anotación Latinoamericana**

Se corrigió la traducción del Criterio D

**F06.8** Otros trastornos mentales especificados 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**

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

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

#### **Anotación Latinoamericana**

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

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

#### **F07.0 Trastorno de la personalidad, orgánico**

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

Incluye: Personalidad orgánica pseudopsicopática.

- Personalidad orgánica pseudorretrasada
- Síndrome del lóbulo frontal.
- Síndrome de personalidad de la epilepsia límbica.
- Síndrome postlobotomía.
- Síndrome postleucotomía.

Excluye: Transformación persistente de la personalidad después de experiencia catastrófica (F62.0).

- Transformación persistente de la personalidad después de enfermedad psiquiátrica (F62.1).
- Síndrome postconcusional (F07.2).
- Síndrome postencefalítico (F07.1).
- Trastornos específicos de la personalidad (F60.-).

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

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

*Especificación de los rasgos de posibles subtipos*

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

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

**Anotación Latinoamericana**

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

### **F07.1** Síndrome 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 constructiva.
- 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 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 de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebrales

Incluye: Trastorno del humor [afectivo] orgánico por lesión del hemisferio derecho

#### *Crterios Diagnósticos de Investigación*

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

#### **Anotación Latinoamericana**

Este término diagnóstico debe incluir la expresión “especificados”, para indicar el tipo de síndrome, con características clínicas específicas y definitorias, pero que no corresponde a ninguno de los previamente descritos en otros epígrafes. Vg. el trastorno afectivo orgánico de la personalidad por lesión del hemisferio derecho.

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

Incluye: Psicossíndrome 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:

- .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

### ÍNDICE DE ESTA SECCIÓN

Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
<b>F10</b>	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol	<b>F10.8</b>	Otros trastornos mentales y del comportamiento especificados, debidos al uso de alcohol
<b>F10.0</b>	Intoxicación aguda por alcohol	<b>F10.9</b>	Trastorno mental y del comportamiento debido al uso de alcohol, no especificado
	<b>F10.07</b> Intoxicación patológica por alcohol		
<b>F10.1</b>	Uso nocivo de alcohol	<b>F11</b>	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos
<b>F10.2</b>	Síndrome de dependencia al alcohol	<b>F11.0</b>	Intoxicación aguda por opiáceos
<b>F10.3</b>	Estado de abstinencia por alcohol	<b>F11.1</b>	Uso nocivo de opiáceos
<b>F10.4</b>	Estado de abstinencia con delirium, debido al uso de alcohol	<b>F11.2</b>	Síndrome de dependencia a opiáceos
<b>F10.5</b>	Trastorno psicótico debido al uso de alcohol	<b>F11.3</b>	Estado de abstinencia por opiáceos
<b>F10.6</b>	Síndrome amnésico debido al uso de alcohol	<b>F12</b>	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
<b>F10.7</b>	Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío debido al uso de alcohol	<b>F12.0</b>	Intoxicación aguda por cannabinoides
		<b>F12.3</b>	Estado de abstinencia por cannabinoides

Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
<b>F13</b>	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos	<b>F17</b>	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco
F13.0	Intoxicación aguda por sedantes o hipnóticos	F17.0	Intoxicación aguda por tabaco (nicotina)
F13.3	Estado de abstinencia por sedantes o hipnóticos	F17.3	Estado de abstinencia por tabaco
<b>F14</b>	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína	<b>F18</b>	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles
F14.0	Intoxicación aguda por cocaína	F18.0	Intoxicación aguda por disolventes volátiles
F14.3	Estado de abstinencia por cocaína	F18.3	Estado de abstinencia por disolventes volátiles
<b>F15</b>	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína	<b>F19</b>	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas
F15.0	Intoxicación aguda por otros estimulantes, incluida la cafeína	F19.0	Intoxicación aguda grave por múltiples drogas y por otras sustancias psicoactivas
F15.3	Estado de abstinencia por otros estimulantes, incluida la cafeína		
<b>F16</b>	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos		
F16.0	Intoxicación aguda por alucinógenos		
F16.3	Estado de abstinencia por alucinógenos		

## INTRODUCCIÓN A LA SECCIÓN

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

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

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

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

### Anotación Latinoamericana

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

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

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

En la GLADP 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 de que no se modificaría de manera significativa el texto de la CIE-10. Sin embargo se ha reorganizado la posición de las categorías y subcategorías diagnósticas de tal manera que los trastornos provocados por cada droga son tratados como una unidad y no dispersos a lo largo de todo el texto. Así, los trastornos provocados por el uso de alcohol son tratados como una unidad, empezando por la intoxicación aguda por alcohol, seguida del uso nocivo de alcohol, el síndrome de dependencia al alcohol, etc. A continuación, se trata los trastornos provocados por el uso de opiáceos, y así sucesivamente, hasta agotar toda la sección.

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

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

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

Nótese también que trastornos importantes, inducidos por el uso de sustancias psicoactivas, tales como el trastorno del humor [no psicótico], trastorno de ansiedad, disfunciones sexuales y trastornos del sueño, no son claramente especificados en esta clasificación. En presencia de uno de estos trastornos, se recomienda que se codifiquen como parte de: F1x.8, Otros trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas. Las pautas clínicas de la OMS incluyen, dentro de esta sección, la subcategoría: F1x.5, trastorno psicótico debido al uso de sustancias psicoactivas, con un quinto carácter para especificar si hay predominio de síntomas depresivos, maníacos o mixtos; pero se trata, en todo caso de trastornos del humor de nivel psicótico. Esto necesita resolverse en revisiones sucesivas del sistema.

## DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS SÍNDROMES DE CUARTO CARÁCTER

### **F1x.0 Intoxicación aguda**

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

Incluye: Embriaguez aguda en el alcoholismo

Embriaguez sin especificación

Intoxicación patológica

“Mal viaje” (drogas)

Trance y posesión en la intoxicación por sustancia psicoactiva

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

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

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

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

#### **Anotación Latinoamericana**

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

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

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

#### **F1x.1 Uso nocivo**

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

Incluye: Abuso de sustancia psicoactiva.

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- G1. Evidencia de que el uso de una sustancia ha causado al individuo un daño somático o alteraciones psicológicas incluyendo alteración del juicio o de la conducta, que podrían llevar a discapacidad o tener consecuencias para las relaciones interpersonales.
- G2. La naturaleza del daño debe ser claramente identificable (y especificable).
- G3. La forma de uso ha persistido durante al menos un mes o se ha presentado reiteradas veces en un período de doce meses.
- G4. El trastorno no satisface criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con la misma droga en el mismo período de tiempo (excepto para intoxicación aguda, F1x.0).

### **F1x.2 Síndrome de dependencia**

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

Incluye: Alcoholismo crónico

Dipsomanía

Drogadicción

#### *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 sustan-

cia. 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 se interpreta el criterio de investigación G1-3, 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.

### F1x .3 Estado de Abstinencia

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

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

G1. Debe ser evidente la reciente suspensión o disminución en el consumo de la sustancia después de un uso repetido y habitualmente prolongado y/o a altas dosis de dicha sustancia,

G2. Síntomas y signos compatibles con el conocido cuadro clínico de un estado de abstinencia de una sustancia o sustancias concretas (ver más adelante).

G3. Los síntomas y signos no se justifican por ningún trastorno médico ni por ningún otro trastorno mental o del comportamiento.

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

F1x.30	No complicado
F1x.31	Con convulsiones

### F1x.4 Estado de abstinencia con delirium

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

Incluye: Delirium tremens (inducido por el alcohol)

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

G1. Se deben satisfacer los criterios generales de estado de abstinencia (F1 x.3).

G2. Se deben satisfacer los criterios para delirium (F05.-).

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

F1x.40	Sin convulsiones
F1x.41	Con convulsiones

**F1x.5 Trastorno psicótico**

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

Incluye: Alucinosis alcohólica

Celotipia alcohólica

Paranoia alcohólica

Psicosis alcohólica sin especificación

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

*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 delirantes  |
| F1x.52 | Con predominio de las alucinaciones<br>(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)

*Criterios 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 diencefalo 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

### Anotación Latinoamericana

F1x.80, Consumo riesgoso:

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

Se propone que estas condiciones se consignen en el Eje I de la GLADP, cuando tal uso pueda favorecer el diagnóstico y registro de situaciones que requieren ser abordadas por un programa integral de acciones de salud mental en la comunidad, especialmente cuando el énfasis es la prevención.

Por lo general, el consumo de riesgo es, después del consumo “social”, el primer eslabón de una cadena morbosa que lleva a la dependencia de sustancias.

Es, además, la etapa más temprana de dicha cadena, susceptible de acciones de salud y, a la vez, su eslabón más débil y el más propenso a ser analizado desde perspectivas epidemiológicas.

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

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

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

En nuestro medio, esa categoría es básicamente aplicable al alcohol y tabaco de forma epidemiológica, pero situaciones individuales relacionadas con el consumo de psico-estimulantes en busca de un mayor rendimiento físico o mental o para superar sobrecargas ocupacionales o de otra índole pueden ser recogidas aquí, siempre y cuando exista un patrón de consumo que, sin cumplir los indicadores diagnósticos de ninguna de las categorías precedentes implique un evidente riesgo de llegar a serlo.

*Pautas para el diagnóstico*

G1. Existe un consumo de sustancias psicoactivas que por sus características y el contexto en que se da, implica un riesgo elevado de convertirse en un trastorno.

G2. No se satisfacen los criterios de uso nocivo, dependencia ni abstinencia.

G3. No obstante lo anterior, el patrón de consumo es censurado, repudiado o visto con alarma por familiares y personas allegadas.

**F1x.9 Trastorno mental y del comportamiento no especificado****Anotación Latinoamericana**

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

**F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol****F10.0 Intoxicación aguda por alcohol**

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

Incluye: Embriaguez aguda en el alcoholismo

Embriaguez sin especificación

Intoxicación patológica

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Se deben satisfacer los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0).

B. Debe existir un comportamiento alterado como se evidencia en al menos uno de los siguientes:

1) Desinhibición.

- 2) Actitud discutidora.
  - 3) Agresividad.
  - 4) Labilidad del humor.
  - 5) Deterioro de la atención.
  - 6) Juicio alterado.
  - 7) Interferencia en el funcionamiento personal.
- C. Al menos uno de los siguientes deben estar presentes:
- 1) Marcha inestable.
  - 2) Dificultad para mantenerse en pie.
  - 3) Habla disártrica (farfullante).
  - 4) Nistagmo.
  - 5) Nivel de conciencia disminuido (Vg. estupor, coma).
  - 6) Enrojecimiento facial.
  - 7) Inyección conjuntival.

#### **Anotación Latinoamericana**

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

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

#### **F10.07 Intoxicación patológica por alcohol**

##### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

*Nota:* Esta categoría está siendo estudiada. Los criterios de investigación deben ser recogidos como provisionales.

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

**Anotación Latinoamericana**

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

**F10.1** Uso nocivo de alcohol

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

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

**Anotación Latinoamericana**

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

A. El diagnóstico de este trastorno exige que se cumplan las pautas generales para el diagnóstico de F1x.1, Uso nocivo de sustancias psicoactivas.

B. La sustancia psicoactiva implicada en la causalidad de este síndrome, predominante o exclusivamente, es el alcohol.

**F10.2** Síndrome de dependencia al alcohol

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

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

Véase los criterios generales de investigación para F1x.2, Síndrome de dependencia [a 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 al 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 al alcohol con delirium (delirium tremens) (F10.4).

**Anotación Latinoamericana**

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

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

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

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

Afección en la que el estado de abstinencia al 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 al 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 al alcohol (F10.3)

B. Se deben satisfacer los criterios para delirium (F05)

El diagnóstico de síndrome de abstinencia al 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 sufriendo de este trastorno llegan complicados con síntomas del consumo de otras sustancias psicoactivas y de otros trastornos comórbidos de tipo psiquiátrico y médico general, por lo que la determinación precisa de los factores causales implicados es de importancia crítica desde las primeras horas de la evaluación diagnóstica. En general, ayuda saber que el curso del delirium tremens presenta una instalación de 1 a 3 días y una duración entre una semana a dos meses (la mayoría entre 10 y 12 días). Un curso más prolongado está asociado con un mayor riesgo de mortalidad, más complicaciones y menor posibilidad de que el paciente alcance una recuperación completa.

### **F10.5 Trastorno psicótico debido al uso de alcohol**

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

Incluye: Alucinosis alcohólica.

- Celotipia alcohólica.
- Paranoia alcohólica,
- Psicosis alcohólica sin especificación.

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

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

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

- |        |   |
|--------|---|
| F10.50 | Esquizofreniforme   |
| F10.51 | Con predominio de ideas delusivas   |
| F10.52 | Con predominio de las alucinaciones<br>(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:

- Se cumple con los criterios generales de F1x.5, trastorno psicótico [debido al uso de sustancias psicoactivas].
- La sustancia implicada de manera predominante o exclusiva en la causalidad de estos síntomas y signos es el alcohol.
- 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:

- Se cumple con los criterios generales de F1x.6, Síndrome amnésico [debido al uso de alcohol y otra sustancia psicoactiva].
- 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, tales 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 dispongan de evidencias claras y firmes para atribuir ese estado a los efectos residuales del alcohol. Las retrospectivas (*flashbacks*) deben ser diferenciadas del estado psicótico en parte por su naturaleza episódica, por ser frecuentemente de muy corta duración, y porque reproducen experiencias previas relacionadas con el alcohol.

Incluye: Demencia alcohólica sin especificación

Demencia y otras formas más leves de deterioro intelectual permanente

Retrospectivas

Síndrome cerebral alcohólico crónico

Trastorno:

- afectivo residual
- residual de la personalidad y del comportamiento.

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

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

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

#### **Anotación Latinoamericana**

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

A. Se satisfacen los criterios generales para el diagnóstico de F1x.7, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío [debido al uso de sustancias psicoactivas].

B. La sustancia implicada en la causalidad del síndrome de manera predominante o exclusiva es el alcohol.

C. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico no relacionado con el uso de alcohol.

**F10.8** Otros trastornos mentales y del comportamiento especificados, debidos al uso de alcohol  
Se debe codificar aquí aquellos trastornos mentales o del comportamiento en los cuales el consumo de alcohol puede identificarse como responsable directo del cuadro clínico, pero que no presentan pautas suficientes como para ser incluidos en alguno de los acápites anteriores.

**Anotación Latinoamericana**

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

- F10.80 Trastornos del humor (afectivos) no psicóticos, debidos al uso de alcohol
- F10.81 Trastornos de ansiedad debidos al uso de alcohol
- F10.82 Trastornos del sueño debidos al uso de alcohol
- F10.83 Disfunciones sexuales debidas al uso de alcohol

**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 Trastorno mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos**

**F11.0** Intoxicación aguda por opiáceos

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

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Se deben satisfacer los criterios generales para intoxicación aguda (F1x.0).

B. Debe existir un comportamiento alterado como se evidencia en alguno de los siguientes:

- 1) Apatía y sedación;
- 2) Desinhibición
- 3) Enlentecimiento psicomotor;
- 4) Deterioro de la atención;
- 5) Juicio Alterado
- 6) Interferencia en el funcionamiento personal.

C. Al menos uno de los siguientes signos deben estar presentes:

- 1) Somnolencia;
- 2) Habla farfullante
- 3) Contracción pupilar (excepto en la anoxia por sobredosis grave cuando ocurre dilatación pupilar).
- 4) Nivel de conciencia disminuido (p.e., estupor y coma).

#### **Anotación Latinoamericana**

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

#### **F11.1** Uso nocivo de opiáceos

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

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

#### **Anotación Latinoamericana**

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

#### **F11.2** Síndrome de dependencia a opiáceos

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

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

#### **Anotación Latinoamericana**

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

- A. Se cumple con los criterios generales de F1x.2, Síndrome de dependencia a 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 a 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 a opiáceos puede ser reducido tras la administración de un antagonista a opiáceos después de un breve período de uso de opiáceos).

B. Tres de los siguientes signos deben estar presentes:

- 1) Deseo imperioso de drogas opiáceas;
- 2) Rinorrea y estornudos;
- 3) Lagrimeo;
- 4) Dolores musculares o calambres;
- 5) Calambres abdominales;
- 6) Náuseas o vómitos;
- 7) Diarrea
- 8) Dilatación pupilar;
- 9) Piloerección o escalofríos;
- 10) Taquicardia o hipertensión;
- 11) Bostezos;
- 12) Sueño sin descanso.

#### **Anotación Latinoamericana**

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

## **F12 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 anormalidades perceptivas incluyéndose alguno de los siguientes:

- 1) Euforia y desinhibición;
- 2) Ansiedad o agitación;
- 3) Susplicacia o ideación paranoide;
- 4) Enlentecimiento temporal (sensación de que el tiempo pasa muy despacio y/o la experiencia de un rápido flujo de ideas);
- 5) Juicio alterado;

- 6) Deterioro de la atención;
  - 7) Deterioro del tiempo de reacción;
  - 8) Ilusiones auditivas, visuales o táctiles;
  - 9) Alucinaciones con la orientación conservada;
  - 10) Despersonalización;
  - 11) Desrealización;
  - 12) Interferencia en el funcionamiento personal.
- C. Al menos uno de los siguientes signos deben estar presentes:
- 1) Apetito aumentado;
  - 2) Boca seca
  - 3) Inyección conjuntival;
  - 4) Taquicardia.

### **Anotación Latinoamericana**

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

### **F12.3** Estado de abstinencia por cannabinoides

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

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

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

## **F13 Trastorno mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos**

### **F13.0** Intoxicación aguda por sedantes o hipnóticos

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

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Se deben satisfacer los criterios para intoxicación aguda (F1x.0).

B. Debe existir un comportamiento alterado como se evidencia en alguno de los siguientes:

- 1) Euforia y desinhibición;
- 2) Apatía y sedación;
- 3) Agresividad;
- 4) Labilidad del humor;

- 5) Deterioro de la atención;
  - 6) Amnesia anterógrada;
  - 7) Rendimiento psicomotor alterado;
  - 8) Interferencia en el funcionamiento personal.
- C. Al menos uno de los siguientes signos deben estar presentes:
- 1) Marcha inestable;
  - 2) Dificultad para mantenerse de pie;
  - 3) Habla farfullante;
  - 4) Nistagmo;
  - 5) Nivel de conciencia disminuido (p.e. estupor, coma);
  - 6) Ampollas o lesiones eritematosas en la piel.

### **Anotación Latinoamericana**

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

### **F13.3** Estado de abstinencia por sedantes o hipnóticos

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

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Se deben satisfacer los criterios generales para estado de abstinencia (F1x.3).

B. Tres de los siguientes signos deben estar presentes:

- 1) Temblor de lengua, párpados o manos extendidas;
- 2) Náuseas o vómitos;
- 3) Taquicardia;
- 4) Hipotensión postural;
- 5) Agitación psicomotriz;
- 6) Cefalea;
- 7) Insomnio;
- 8) Malestar o debilidad;
- 9) Ilusiones o alucinaciones, trastornos visuales, táctiles o auditivos
- 10) Ideación paranoide;
- 11) Convulsiones de gran mal.

**Anotación Latinoamericana**

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

**F14 Trastorno mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína****F14.0** Intoxicación aguda por cocaína

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

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Se deben satisfacer los criterios generales para intoxicación aguda (F1x.0).

B. Debe existir comportamiento alterado o anomalías perceptivas incluyéndose alguno de los siguientes:

- 1) Euforia o sensación de aumento de energía;
- 2) Hipervigilancia;
- 3) Creencias o actos grandiosos;
- 4) Agresividad;
- 5) Actitud discutidora
- 6) Labilidad del humor;
- 7) Conductas repetitivas, estereotipadas;
- 8) Ilusiones auditivas, visuales o táctiles;
- 9) Alucinaciones, normalmente con la orientación conservada;
- 10) Ideación paranoide;
- 11) Interferencia con el funcionamiento personal.

C. Al menos dos de los siguientes signos deben estar presentes:

- 1) Taquicardia (a veces bradicardia);
- 2) Arritmias cardíacas;
- 3) Hipertensión (a veces hipotensión);
- 4) Sudoración y escalofríos;
- 5) Náusea y vómitos;
- 6) Pérdida de peso evidente;
- 7) Dilatación pupilar;
- 8) Agitación psicomotriz (a veces elentecimiento);
- 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.

#### **F14.3 Estado de abstinencia por cocaína**

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

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Se deben satisfacer los criterios generales para estado de abstinencia (F1x.3).

B. Hay humor disfórico (por ejemplo, tristeza o anhedonia)

C. Dos de los siguientes signos deben estar presentes

- 1) Letargo y fatiga;
- 2) Enlentecimiento o agitación psicomotriz;
- 3) Deseo imperioso de cocaína;
- 4) Aumento del apetito;
- 5) Insomnio o hipersomnias;
- 6) Sueños extraños o desagradables.

### **Anotación Latinoamericana**

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

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

#### **F15 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 discutiadora;
- 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 pupilar;
- 8) Agitación psicomotriz;
- 9) Debilidad muscular;
- 10) Dolor en el pecho;
- 11) Convulsiones.

#### **Anotación Latinoamericana**

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

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

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

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

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Se deben satisfacer criterios generales con estado de abstinencia (F1x.3).

B. Hay humor disfórico (por ejemplo, tristeza o anhedonia).

C. Dos de los siguientes signos deben estar presentes:

- 1) Letargo o fatiga;
- 2) Retardo o agitación psicomotriz;
- 3) Deseo imperioso de drogas estimulantes,
- 4) Aumento del apetito;
- 5) Insomnio o hipersomnio;
- 6) Sueños extraños o desagradables.

**Anotación Latinoamericana**

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

F15.30, Estado de abstinencia a la cafeína. Por su importancia para la región, constituida por países donde se produce –y se consume– mucho café, el estado de abstinencia a la cafeína merece atención especial. Aparte de los criterios diagnósticos ya listados en esta categoría, debe agregarse la marcada cefalea, ansiedad, depresión, náusea y vómitos que pueden presentarse en casos graves de suspensión del consumo de cafeína.

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

**F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos**

**F16.0** Intoxicación aguda por alucinógenos

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

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Se deben satisfacer los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0).

B. Debe existir comportamiento alterado o anomalías perceptivas como se evidencia por al menos uno de los siguientes:

- 1) Ansiedad y temor
  - 2) Ilusiones o alucinaciones auditivas, visuales y táctiles que aparecen en completo estado 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.

**Anotación Latinoamericana**

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

**F16.3** Estado de abstinencia por alucinógenos

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

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

**Anotación Latinoamericana**

Se recomienda no hacer uso de esta categoría dada la ausencia de evidencia empírica, clínica o experimental sobre su existencia. Más evidencia se ha acumulado, en cambio, para el trastorno perceptual persistente (“flashbacks”) debido al uso de alucinógenos, el cual podría ser incorporado en su lugar. Este último trastorno no constituye un estado de abstinencia, ni reúne las con-

diciones necesarias para ser considerado un verdadero trastorno psicótico, y se presenta luego que se ha detenido el consumo de sustancias alucinógenas, por lo que no parece apropiado situarlo en F1x.7, Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío.

## **F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco**

### **F17.0** Intoxicación aguda por tabaco (nicotina)

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

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Se deben satisfacer los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0).

B. Debe existir comportamiento alterado o anomalías de la percepción como se evidencia por al menos uno de los siguientes:

- 1) Insomnio;
- 2) Sueños extraños;
- 3) Labilidad del humor;
- 4) Desrealización;
- 5) Interferencia en el funcionamiento personal.

C. Al menos uno de los siguientes signos deben estar presentes:

- 1) Náusea o vómitos;
- 2) Sudoración;
- 3) Taquicardia;
- 4) Arritmias cardíacas.

### **Anotación Latinoamericana**

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

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

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

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Se deben satisfacer los criterios generales de estado de abstinencia (F1x.3).

B. Dos de los siguientes signos deben estar presentes:

- 1) Deseo imperioso de tabaco;
- 2) Malestar o debilidad muscular;
- 3) Ansiedad;

- 4) Humor disfórico;
- 5) Irritabilidad o inquietud;
- 6) Insomnio;
- 7) Aumento del apetito;
- 8) Incremento de la tos;
- 9) Ulceraciones bucales;
- 10) Dificultad en la concentración.

**Anotación Latinoamericana**

Debe especificarse en los criterios 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) Julio alterado;
- 6) Deterioro de memoria y atención;
- 7) Retardo psicomotor;
- 8) Interferencia en el funcionamiento personal.

C. Al menos uno de los siguientes signos deben estar presentes:

- 1) Marcha inestable;
- 2) Dificultad para mantenerse de pie;
- 3) Habla farfullante;
- 4) Nistagmo;
- 5) Nivel de conciencia disminuido (p.e. estupor, coma);
- 6) Debilidad muscular;
- 7) Visión borrosa o diplopía.

### **Anotación Latinoamericana**

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

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

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

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

#### **F18.3 Estado de abstinencia por disolventes volátiles**

##### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

*Nota:* Hay una información inadecuada sobre el estado de abstinencia a disolventes volátiles por lo que los criterios de investigación deben de 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 cual 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 cuales están tomando.

Incluye: mal uso de drogas sin especificación

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

##### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

**Anotación Latinoamericana**

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

# Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delusivos (F20-F29)

## ÍNDICE DE ESTA SECCIÓN

Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
<b>F20</b>	Esquizofrenia	F22.9	Trastorno delirante (delusivo) persistente (prolongado), no especificado.
F20.0	Esquizofrenia paranoide.	<b>F23</b>	Trastornos psicóticos agudos y transitorios
F20.1	Esquizofrenia hebefrénica.	F23.0	Trastorno psicótico agudo polimorfo, sin síntomas de esquizofrenia.
F20.2	Esquizofrenia catatónica.	F23.1	Trastorno psicótico agudo polimorfo, con síntomas de esquizofrenia.
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada.	F23.2	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.
F20.4	Depresión post-esquizofrénica.	F23.3	Otro trastorno psicótico agudo, con predominio de ideas delirantes.
F20.5	Esquizofrenia residual.	F23.8	Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios.
F20.6	Esquizofrenia simple.	F23.9	Trastorno psicótico agudo y transitorio, no especificado.
F20.8	Otras esquizofrenias.	<b>F24</b>	Trastorno delirante (delusivo) inducido
F20.9	Esquizofrenia, no especificada.	F25	Trastornos esquizoafectivos
<b>Quinto carácter para especificar la forma de evolución:</b>		F25.0	Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco.
F20.x0	Continua.	F25.1	Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.
F20.x1	Episódica con defecto progresivo.	F25.2	Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto.
F20.x2	Episódica con defecto estable.	F25.8	Otros trastornos esquizoafectivos.
F20.x3	Episódica con remisiones completas.	F25.9	Trastorno esquizoafectivo, no especificado.
F20.x4	Con remisión incompleta.	<b>F28</b>	Otros trastornos psicóticos de origen no orgánico.
F20.x5	Con remisión completa.	<b>F29</b>	Psicosis de origen no orgánico, no especificada.
F20.x7	Episódica, en fase prodrómica		
F20.x8	Otra forma de evolución.		
F20.x9	Forma de evolución indeterminada, período de observación demasiado breve.		
<b>F21</b>	Trastorno esquizotípico		
<b>F22</b>	Trastornos delirantes (delusivos) persistentes (prolongados)		
F22.0	Trastorno delirante (delusivo).		
F22.8	Otros trastornos delirantes (delusivos) persistentes (prolongados).		



## INTRODUCCIÓN A LA SECCIÓN

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

### F20 Esquizofrenia

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

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

### Anotación Latinoamericana

#### 1. “Contexto esquizofrénico”

Las manifestaciones esquizofrénicas no se presentan como “manchas negras” sobre un fondo blanco. El psiquismo total del paciente suele estar afectado de manera tal, que los síntomas “clave” para el diagnóstico transcurren sobre un fondo de rarezas, extravagancias y manifestaciones menores que, aunque insuficientes por sí solas para formular ese diagnóstico, completan la gestalt esquizofrénica. Con otras palabras, las manifestaciones *sui generis* por las cuales se establece el diagnóstico de esquizofrenia, no suelen aparecer en el contexto de una personalidad por lo demás normal, sino en el conjunto de esas otras alteraciones más sutiles a las que llamamos “contexto esquizofrénico”.

#### 2. En fase prodrómica:

La GLADP ha propuesto agregar a las formas de evolución, la forma F20.x7, Episódica, en fase prodrómica (ver descripción más adelante).

Excluye: Esquizofrenia:

- aguda (indiferenciada) (F23.2)
- cíclica (F25.2)

Reacción esquizofrénica (F23.2)

Trastorno esquizotípico (F21)

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

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

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

1) Por lo menos uno de los siguientes:

- a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad, referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca del enfermo u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son inverosímiles, tales como las que se refieren a la identidad religiosa o política, a capacidades y poderes sobrehumanos (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro mundo).

2) Al menos dos de las siguientes:

- a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no muy estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro, o de ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante al menos un mes.
- b) Neologismos, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial.
- c) Conducta catatónica, tal como excitación, posturas características o flexibilidad 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 deliriosas, 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.x7 Episódica, en fase prodrómica:

En aquellos pacientes con antecedentes inequívocos de presentar una esquizofrenia episódica, que se caracterizan por iniciar cada nuevo brote con síntomas prodrómicos típicos, puede hacerse el diagnóstico de Esquizofrenia episódica en fase prodrómica (F20.X7) ante la aparición de dichos síntomas, aunque éstos no satisfagan los criterios sintomáticos ni de tiempo de duración de esta categoría (F20). Ver la frase calificativa

“En fase prodrómica”

F20.x8 Otra forma de evolución

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

### **Anotación Latinoamericana**

Es importante hacer alusión a dos aspectos atinentes para los que se ocupan de los trastornos somáticos en pacientes esquizofrénicos:

a) Su gran tolerancia e indiferencia al dolor.

b) La remisión espontánea de las manifestaciones psicóticas, ante la presencia de enfermedades físicas serias, aún cuando se suspenda la medicación antipsicótica.

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

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

**Defecto esquizofrénico:**

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

**Remisión completa**

Se considerará al paciente en tal estado evolutivo cuando se haya producido la desaparición del funcionamiento psicótico (ver definición de psicosis en la guía lexicológica), y sólo se presenten síntomas negativos (defectuales) que no satisfagan los criterios de esquizofrenia. Por lo general, el paciente tiene conciencia de la naturaleza morbosa de la experiencia esquizofrénica sufrida.

**Remisión incompleta**

Persisten algunas ideas deliroides, alucinaciones atenuadas o manifestaciones comportamentales capaces de interferir ligeramente con alguna esfera importante de funcionamiento del paciente, pero que, por sus características, poca intensidad y baja frecuencia, no justifican el diagnóstico de esquizofrenia ni el de un funcionamiento psicótico.

Por lo general la crítica sobre las vivencias esquizofrénicas tenidas no es completa.

### **F20.0** Esquizofrenia paranoide

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

Incluye: Esquizofrenia parafrénica

Excluye: Estado involutivo paranoide (F22.8)

Paranoia (F22.0)

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

### **F20.1** Esquizofrenia hebefrénica

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

Incluye: Esquizofrenia desorganizada

Hebefrenia

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Deben satisfacerse los criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia (F20.0-F20.3) mencionados más arriba.

B. Debe hallarse presente al menos uno de los dos siguientes:

- 1) embotamiento o superficialidad afectivos claros y persistentes.
- 2) afectividad inadecuada o no congruente, de forma clara y persistente.

C. Debe hallarse presente al menos uno de los dos siguientes:

- 1) comportamiento errático, vacío de contenido y desorganizado, en vez de estar dirigido a objetivos claros.
  - 2) marcado trastorno del pensamiento, puesto de manifiesto por un lenguaje desorganizado, divagatorio o incoherente.
- D. El cuadro clínico no debe estar dominado por alucinaciones o delusiones, aunque ambos fenómenos pueden estar presentes.

### **F20.2** Esquizofrenia catatónica

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

Incluye: Catalepsia esquizofrénica

Catatonía esquizofrénica

Estupor catatónico

Flexibilidad cética esquizofrénica

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Deben satisfacerse los criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia (F20.0-F20.3), aunque al principio esto puede no ser posible si el enfermo es inaccesible a la comunicación.
- B. Uno o más de los siguientes síntomas catatónicos debe ser prominente durante un período de *al menos dos semanas*:
  - 1) Estupor (marcada disminución de la capacidad de reacción al ambiente y reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos) o mutismo.
  - 2) Excitación (actividad motriz sin propósito aparente, no influida por los estímulos externos).
  - 3) Catalepsia (adopción y mantenimiento voluntarios de posturas inadecuadas o extravagantes).
  - 4) Negativismo (resistencia, aparentemente sin motivo, a cualquier instrucción o intento de ser movilizado, o presencia de movimientos de oposicionismo).
  - 5) Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser movilizado).
  - 6) Flexibilidad cética (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior).
  - 7) Obediencia automática (cumplimiento automático de las instrucciones).

### Anotación Latinoamericana

Actualmente, esta forma de esquizofrenia es pocas veces diagnosticada en los países desarrollados (igual sucede en América Latina)

#### 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 (F20.36)\*

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).

### Anotación Latinoamericana

\* F20.36, Esquizofrenia crónica indiferenciada

La GLADP propone la codificación en F20.36 de la Esquizofrenia crónica indiferenciada para diagnosticar aquellos pacientes en los que, después de una evolución prolongada de la enfermedad, persiste una mezcla de síntomas negativos y positivos en forma tal que estos no pueden ser catalogados dentro de ninguna otra forma de esquizofrenia y en los cuales, el funcionamiento psicológico es de nivel psicótico, lo que la diferencia de la Esquizofrenia residual (F20.5).

#### Pautas para el diagnóstico

Haber recibido en el pasado un diagnóstico confiable de esquizofrenia en cualquiera de sus tipos, que ha evolucionado por un período de tiempo no menor de tres años.

El cuadro actual se caracteriza por un funcionamiento de nivel psicótico, dado por una mezcla de síntomas negativos y positivos, en forma tal, que éste no puede ser catalogado dentro de ninguna otra forma de esquizofrenia.

La posibilidad de que los síntomas sean causados por alguna otra noxa física o mental puede ser razonablemente excluida.

**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. 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.

### Anotaciones Latinoamericana

1. Las pautas de investigación para esta categoría resultan ambiguas y no permiten diferenciar este subtipo de esquizofrenia del estado de remisión de cualquier forma de la enfermedad. Tampoco exigen explícitamente las pautas de investigación que el funcionamiento psicológico del paciente no alcance un nivel psicótico, lo cual es de fundamental importancia, debido a las implicaciones legales y a la restricción en la autodeterminación e independencia que el diagnóstico de una psicosis implica.

Se propone, por tanto, que el criterio B señale que por lo menos cuatro de los síntomas “negativos” listados hayan estado presentes por más de un año previos al diagnóstico actual, o por al menos dos, si el paciente se encuentra recibiendo tratamiento antipsicótico para la prevención de nuevos brotes psicóticos.

En aquellos pacientes en que solo se satisfagan los restantes criterios diagnósticos, se formulará el diagnóstico del tipo de esquizofrenia correspondiente, en remisión.

Estos criterios deben complementarse con dos criterios adicionales:

C. No se observan en el paciente síntomas psicóticos, o síntomas de nivel tal que le impidan satisfacer las demandas de la vida diaria en el momento actual, o que le impidan llevar una vida autónoma en un medio protegido.

D. La posibilidad de que los síntomas sean causados por otra física o mental puede ser razonablemente excluida.

\*\*2. Ver Anotación Latinoamericana en F20.3, Esquizofrenia indiferenciada.

### F20.6 Esquizofrenia simple

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

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Desarrollo lento y progresivo, durante un año por lo menos, de los tres siguientes síntomas:

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

### **F20.8** Otras esquizofrenias

Incluye: Esquizofrenia cenestopática

    Psicosis esquizofreniforme sin especificación

    Trastorno esquizofreniforme sin especificación

Excluye: Trastornos esquizofreniformes breves (F23 .2)

### **Anotación Latinoamericana**

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

**F20.80** Esquizofrenia Infantil.

Muchos de los cuadros esquizofrénicos que comienzan en la infancia y la adolescencia, tienen una patoplastia similar, y pueden ser clasificados en los mismos rubros y de acuerdo con iguales indicadores que aquellos que ocurren en la adultez.

Sin embargo, otros (sobre todo los de inicio más precoz) pueden tener un cuadro clínico *sui generis*.

Son cuadros abigarrados, que suelen comenzar entre los 5 y 10 años, habitualmente precedidos por un período de manifestaciones prodrómicas.

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

También se observa balanceo del cuerpo, hipercinecia, 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 ó 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 anormalidades características y definitivamente esquizofrénicas. Entre sus síntomas puede haber afecto frío o inapropiado, anhedonia, comportamiento peculiar o excéntrico, tendencia al aislamiento social; ideas paranoides o estrafalarias, que no alcanzan a ser verdaderas delusiones; cavilaciones obsesivas; trastornos del pensamiento y perturbaciones de la percepción; episodios cuasipsicóticos transitorios ocasionales, con intensas ilusiones, alucinaciones auditivas o de otra índole e ideas pseudodelusivas, todo lo cual ocurre habitualmente sin mediar provocación externa alguna. No hay comienzo definido y su evolución y curso por lo común es la de un trastorno de la personalidad.

Incluye: Esquizofrenia:

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

Reacción esquizofrénica latente

Trastorno esquizotípico de la personalidad

Excluye: Síndrome de Asperger (F84.5)

Trastorno esquizoide de la personalidad (F60.1)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

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

B. En el sujeto nunca se han satisfecho los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia (F20).

### **F22 Trastornos delirantes (delusivos) persistentes (prolongados)**

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

### Anotación Latinoamericana

Se propone agregar a la descripción de los trastornos delirantes prolongados el siguiente párrafo: “Las delusiones tienden a ser particularmente resistentes a la terapéutica, por lo que rara vez se consigue remisiones espectaculares o estables”.

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

#### **F22.0** Trastorno delirante (delusivo)

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

Incluye: Beziehungswahn sensitiver (delirio sensitivo de referencia)

Estado paranoide

Parafrenia (tardía)

Paranoia

Psicosis paranoide

Excluye: Esquizofrenia paranoide (F20.0)

Psicosis paranoide, psicógena (F23 .3)

Reacción paranoide (F23.3)

Trastorno paranoide de la personalidad (F60.0)

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Presencia de una delusión o de un grupo de delusiones relacionadas entre sí (distintas a las indicadas como típicamente esquizofrénicas en los criterios G1 (1) b ó d para F20.0-F20.3) (p.e. que no son propias de la cultura del individuo y que son imposibles). Las delusiones más frecuentes son las de persecución, de grandiosidad, hipocondríacas, de celos o eróticas.
- B. Las delusiones de A deben estar presentes durante por lo menos tres meses.
- C. No se deben satisfacer los criterios generales para esquizofrenia (F20.0-F20.3).
- D. No pueden estar presentes alucinaciones persistentes de ningún tipo (aunque se permite la presencia de forma transitoria u ocasional de voces alucinatorias que no son en tercera persona ni comentan la propia actividad).

- E. Pueden presentarse síntomas depresivos de una manera intermitente e incluso un episodio depresivo completo (F32.-) siempre y cuando las ideas delirantes no coincidan con las alteraciones del estado de ánimo.
- F. Criterio de exclusión más frecuentemente usado: No hay evidencia de lesión cerebral primaria o secundaria en el sentido indicado en F0, ni de trastorno psicótico debido a consumo de sustancias psicoactivas (F1x.5).

Especificación para posibles subtipos:

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

### **Anotación Latinoamericana**

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

#### **F22.8** Otros trastornos delirantes (delusivos) persistentes (prolongados)

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

Incluye: Dismorfofobia delirante

Estado paranoide involutivo

Paranoia querellante (querulans)

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

Esta es una categoría residual para los trastornos delirantes (delusivos) (F22.0). Debe codificarse aquí a 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 delirantes (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 delirante (delusivo) persistente (prolongado) no especificado

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

Grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por el comienzo agudo de síntomas psicóticos, tales como delusiones, alucinaciones y perturbaciones de la percepción y por una grave alteración del comportamiento habitual del paciente. Se define como agudo el desarrollo creciente de un cuadro clínico claramente anormal, en el lapso de dos semanas o menos. No hay evidencias de una causalidad orgánica en estos trastornos. A menudo hay desconcierto y perplejidad, pero la desorientación en

tiempo, espacio y persona no es lo suficientemente persistente o grave para justificar el diagnóstico de delirio de causa orgánica F05. -). Habitualmente hay recuperación completa en el lapso de unos pocos meses, a menudo en el término de pocas semanas o, incluso, de pocos días. Si el trastorno persiste será necesario hacer un cambio en el diagnóstico. El trastorno puede ó no estar asociado a estrés agudo, definido como acontecimientos generalmente estresantes que preceden el comienzo de la enfermedad en una o dos semanas.

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- G1. Comienzo agudo de los siguientes síntomas: delusiones, alucinaciones, marcado trastorno formal del pensamiento o cualquier combinación de los precedentes. El intervalo de tiempo entre el comienzo de cualquiera de los síntomas psicóticos y la presentación florida del trastorno no debe exceder de dos semanas.
- G2. Si se hallan presentes estados transitorios de perplejidad, falsos reconocimientos o déficits de atención y concentración, dichos estados no satisfacen los criterios para un síndrome confusional de etiología orgánica, tal como se especifica en F05, criterio A.
- G3. El trastorno no satisface los criterios diagnósticos de episodio maníaco (F30), episodio depresivo (F32), o trastorno depresivo recurrente (F33).
- G4. No hay evidencia de consumo reciente de sustancias psicoactivas como para satisfacer los criterios de intoxicación (F1x.0), consumo perjudicial (F1x.1), dependencia (F1x.2) o síndromes de abstinencia (F1x.3 y F1x.4). El consumo continuado de alcohol o drogas en cantidades y frecuencia habituales para el sujeto, sobre todo si tal consumo es moderado y no ha producido cambios relevantes, no descarta necesariamente el diagnóstico de F23. La decisión deberá tomarse en función del juicio clínico del investigador y de los requisitos del proyecto de investigación en cuestión.
- G5. Criterio de exclusión más frecuentemente usado: Ausencia de enfermedad orgánica-cerebral (F0) o de perturbaciones metabólicas graves que afecten al sistema nervioso central (sin incluir el parto).

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

F23.x0 no secundario a situación estresante aguda

F23.x1 secundario a situación estresante aguda

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

**Anotación Latinoamericana**

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

**F23.0** Trastorno psicótico agudo polimorfo, sin síntomas de esquizofrenia

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

Incluye: Bouffée délirante sin síntomas de esquizofrenia o no especificada

Psicosis cicloide sin síntomas de esquizofrenia o no especificada

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

**F23.1** Trastorno psicótico agudo polimorfo, con síntomas de esquizofrenia

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

Incluye: Bouffée délirante con síntomas de esquizofrenia

Psicosis cicloide con síntomas de esquizofrenia

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A Deben satisfacerse los criterios A, B, C, D y E del trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0).

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

**F23.2** Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico

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

Incluye: Esquizofrenia aguda (indiferenciada)

- Onirofrenia
- Psicosis esquizofreniforme breve
- Reacción esquizofrénica
- Trastorno esquizofreniforme breve

Excluye: Trastorno delirante [esquizofreniforme] orgánico (F06.2)

Trastorno esquizofreniforme sin especificación (F20.8)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

**F23.3** Otro trastorno psicótico agudo, con predominio de ideas delirantes (delusiones)

Trastorno psicótico agudo cuyos rasgos clínicos principales son las delusiones o las alucinaciones relativamente estables, que no justifican el diagnóstico de esquizofrenia (F20.-). Si las delusiones se mantienen, el diagnóstico debe ser cambiado por el de trastorno 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 que no se satisfacen los criterios diagnósticos para esquizofrenia (F20.0-F20.3).
- C. El trastorno no satisface los criterios diagnósticos y de un trastorno psicótico polimorfo agudo (F23.0).

D. La duración total del trastorno no excede de tres meses.

**F23.8** Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios

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

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

Se incluyen aquí los trastornos psicóticos agudos no clasificables en algún apartado de F23 (tales como cuadros psicóticos agudos en los cuales aparecen claras alucinaciones o ideas delirantes, pero que persisten por muy poco tiempo). Los estados de excitación no diferenciados deben también ser codificados aquí cuando no se disponga de más información acerca del estado mental del enfermo, siempre que haya evidencia de que no existe una causa orgánica que justifique los síntomas.

**F23.9** Trastorno psicótico agudo y transitorio no especificado

Incluye: Psicosis reactiva

    Psicosis reactiva breve sin especificación

**F24** Trastorno delirante (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*

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

**Anotación Latinoamericana**

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

**F25 Trastornos esquizoafectivos**

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

*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 cética y negativismo (criterio G1 (2) (c) de F20.0-F20.3).
- G3. Los criterios G1 y G2 deben satisfacerse durante el mismo episodio del trastorno y simultáneamente durante algún tiempo dentro del mismo episodio. Los síntomas de los criterios G1 y G2 deben ser prominentes en el cuadro clínico.
- G4. Criterio de exclusión más frecuentemente usado. El trastorno no puede atribuirse a lesión orgánica cerebral (en el sentido de F00-F09) o a intoxicación, dependencia o abstinencia de alcohol u otras drogas (F10-F19).

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

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

Incluye: Psicosis esquizoafectiva, de tipo maníaco

Psicosis esquizofreniforme, de tipo maniaco

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Los criterios generales para trastorno esquizoafectivos (F25) deben de ser satisfechos.

B. Deben satisfacerse los criterios de manía (F30.1 o F31.1).

**Anotación Latinoamericana**

Este manual recomienda que, para mayor claridad nosológica, la designación del tipo de trastorno esquizoafectivo siga las mismas reglas de los trastornos del humor [afectivos] (F3x). En tal sentido, la categoría F25.0, Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco, debe reservarse para los casos en que el paciente que cumple los criterios de F25, Trastornos esquizoafectivos, ha presentado, y presenta **exclusivamente** síntomas de trastornos del humor [afectivos] de tipo maníaco. Los casos en los cuales el paciente ha presentado de manera alternada síntomas maníacos y depresivos, deben codificarse en F25.8, Otros trastornos esquizoafectivos, con el término F25.80, Trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar, episodio actual... Esto evita la inconsistencia nosológica que conduciría al diagnóstico de un trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco en un paciente que en el episodio actual presentara, en efecto, sólo síntomas depresivos.

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

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

Incluye: Psicosis esquizoafectiva, de tipo depresivo

Psicosis esquizofreniforme, de tipo depresivo

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Deben de satisfacerse los criterios generales para trastorno esquizoafectivo (F25).

B. Deben satisfacerse los criterios de trastorno depresivo de al menos gravedad moderada (F32.1, F32.2, F31.1 ó F31.4).

**Anotación Latinoamericana**

Este manual recomienda que, para mayor claridad nosológica, la designación del tipo de trastorno esquizoafectivo siga las mismas reglas de los trastornos del humor [afectivos] (F3x). En tal

sentido, la categoría F25.1, Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo, debe reservarse para los casos en que el paciente que cumple los criterios de F25, Trastornos esquizoafectivos, ha presentado, y presenta *exclusivamente* síntomas de trastornos del humor [afectivos] de tipo depresivo. Los casos en los cuales el paciente ha presentado de manera alternada síntomas maníacos y depresivos, deben codificarse en F25.8, Otros trastornos esquizoafectivos, con el término F25.80, Trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar, episodio actual... (depresivo, maníaco o mixto). Esto evita la inconsistencia nosológica que conduciría al diagnóstico de un trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo en un paciente que en el episodio actual presentara, en efecto, sólo síntomas maníacos.

### **F25.2** Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto

Incluye: Esquizofrenia cíclica

Psicosis mixta esquizofrénica y afectiva

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Deben satisfacerse los criterios para trastorno esquizoafectivo (F25).

B. Deben satisfacerse los criterios para trastorno bipolar mixto (F31.6).

### **Anotación Latinoamericana**

Este manual recomienda que, para mayor claridad nosológica, la designación del tipo de trastorno esquizoafectivo siga las mismas reglas de los trastornos del humor [afectivos] (F3x). En tal sentido, la categoría F25.2, Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto, debe reservarse para los casos en que el paciente que cumple los criterios de F25, Trastornos esquizoafectivos, ha presentado, y presenta *exclusivamente* síntomas de trastornos del humor [afectivos] de tipo mixto. Los casos en los cuales el paciente ha presentado de manera alternada síntomas maníacos y depresivos, deben codificarse en F25.8, Otros trastornos esquizoafectivos, con el término F25.80, Trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar, episodio actual... (depresivo, maníaco o mixto). Esto evita la inconsistencia nosológica que conduciría al diagnóstico de un trastorno esquizoafectivo de tipo mixto en un paciente que en el episodio actual presentara, en efecto, sólo síntomas maníacos o depresivos.

### **F25.8** Otros trastornos esquizoafectivos especificados

### **Anotación Latinoamericana**

Debe usarse esta subcategoría de 4 dígitos para incluir aquí, como subcategoría de 5 dígitos, el F25.80, Trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar, en pacientes que cumpliendo con los criterios diagnósticos de F25, Trastornos esquizoafectivos, han presentado síntomas de un trastorno afectivo tanto depresivo como maníaco de manera alternada a lo largo del tiempo.

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

**F29 Psicosis de origen no orgánico no especificada**

Incluye: Psicosis sin especificación

Excluye: Psicosis orgánica o sintomática sin especificación (F09)

Trastorno mental sin especificación (F99)

## Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39)

### ÍNDICE DE ESTA SECCIÓN

Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
<b>F30</b>	Episodio maníaco [único]	<b>F32</b>	Episodio depresivo
F30.0	Hipomanía	F32.0	Episodio depresivo leve:
F30.1	Manía sin síntomas psicóticos	.00	Sin síndrome somático
F30.2	Manía con síntomas psicóticos	.01	Con síndrome somático
F30.8	Otros episodios maníacos	<b>F32.1</b>	Episodio depresivo moderado:
F30.9	Episodio maníaco, no especificado	.10	Sin síndrome somático
		.11	Con síndrome somático
<b>F31</b>	Trastorno afectivo bipolar	<b>F32.2</b>	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
F31.0	Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaníaco presente	<b>F32.3</b>	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
F31.1	Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente sin síntomas psicóticos	<b>F32.8</b>	Otros episodios depresivos
F31.2	Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente con síntomas psicóticos	<b>F32.9</b>	Episodio depresivo, no especificado
F31.3	Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado:	<b>F33</b>	Trastorno depresivo recurrente
.30	Sin síndrome somático	<b>F33.0</b>	Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente:
.31	Con síndrome somático.	.00	Sin síndrome somático
<b>F31.4</b>	Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos	.01	Con síndrome somático
<b>F31.5</b>	Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos	<b>F33.1</b>	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente:
<b>F31.6</b>	Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente	.10	Sin síndrome somático
<b>F31.7</b>	Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión	.11	Con síndrome somático
<b>F31.8</b>	Otros trastornos afectivos bipolares.	<b>F33.2</b>	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, sin síntomas psicóticos
F31.81	en fase prodrómica (maníaca)	<b>F33.3</b>	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos.
F31.82	en fase prodrómica (depresiva)	<b>F33.4</b>	Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión
<b>F31.9</b>	Trastorno afectivo bipolar, no especificado	<b>F33.8</b>	Otros trastornos depresivos recurrentes

F30-F39

TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)

- F33.9 Trastorno depresivo recurrente,  
no especificado
- F34** Trastornos del humor (afectivos) persistentes
  - F34.0 Ciclotimia
  - F34.1 Distimia
  - F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos)  
persistentes
  - F34.9 Trastorno persistente del humor (afectivo),  
no especificado
- F38** Otros trastornos del humor (afectivos),  
especificados
  - 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 Trastorno depresivo breve  
recurrente.
  - F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos),  
especificados
- F39** Trastorno del humor (afectivo), no especificado

## INTRODUCCIÓN A LA SECCIÓN

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

### Anotación Latinoamericana

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

Los Trastornos del Humor (Afectivos) no incluidos en esta Sección, con sus códigos respectivos, son los siguientes:

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

F53.0	Depresión post-parto
F92.0	Trastorno disocial depresivo

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

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

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

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

### **F30 Episodio maníaco [único]**

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

Incluye: Episodio maníaco único en un trastorno bipolar

#### **Anotación Latinoamericana**

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

### **F30.0 Hipomanía**

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

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

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

### **F30.1** Manía sin síntomas psicóticos

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

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

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

### Anotación Latinoamericana

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

#### F30.2 Manía con síntomas psicóticos

Además del cuadro clínico descrito en F30.1, hay delirios (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 incomprendible 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 ideas delirantes o alucinaciones, pero, distintas a las listadas como típicamente esquizofrénicas en F20 G1.1b, c, y d (p.e. ideas delirantes que no sean las completamente imposibles o las no adecuadas a la cultura del individuo y alucinaciones que no sean en tercera persona o comentaristas de la propia actividad). Las más frecuentes son las de contenido de grandeza, autoreferenciales, erótico o persecutorio. El episodio no satisface simultáneamente los criterios de esquizofrenia (F20) o de trastorno esquizoaffectivo del tipo maníaco (F25.0).
  - C. Están presentes ideas delirantes 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 ideas delirantes 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 ideas delirantes de referencia o de celos)

**Anotación Latinoamericana**

Ver anotación de F30.1

**F30.8** Otros episodios maníacos [especificados]

**Anotación Latinoamericana**

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

**F30.9** Episodio maníaco no especificado

Incluye: Manía sin especificación

**Anotación Latinoamericana**

Ver Anotación a F30.8

**F31 Trastorno afectivo bipolar**

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

Incluye: Enfermedad maniaco-depresiva

    Psicosis maníaco-depresiva

    Reacción maníaco-depresiva

Excluye: Ciclotimia (F34.0)

    Episodio maníaco único (F30.-)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

*Nota:* Los episodios están delimitados por el paso de un episodio a su opuesto o por polaridad mixta o por una remisión.

**Anotación Latinoamericana**

Ver anotación a F30.1

**F31.0** Trastorno afectivo bipolar, episodio 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**

Existe una contradicción entre los Criterios Diagnósticos de Investigación de esta subcategoría y lo indicado en F31. Al admitir la inclusión en esta subcategoría de aquellos pacientes que, con un episodio hipomaníaco presente, hayan presentado en el pasado sólo episodios de hipomanía o manía (ver criterio B), se entra en contradicción con la orientación dada en F31 de ubicar en F31.8, Otros trastornos afectivos bipolares, a aquellos pacientes que sufren únicamente de episodios repetidos de manía o hipomanía. Aunque la GLADP intenta mantener la mayor compatibilidad con la CIE-10, este manual 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).

**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 .30	sin síntomas somáticos
F31 .31	con síntomas somáticos
F31 21	con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo

### Anotación Latinoamericana

Ver Anotación a F30.1 y a F31.0

**F31.3** Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado

El paciente está deprimido en la actualidad, como en un episodio depresivo leve o de gravedad moderada (F32.0 ó F32.1), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo hipomaníaco, maníaco 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 hipomaníaco o maníaco (F30), o de episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto (F38.00).

Debe usarse un quinto dígito para especificar la presencia de síntomas somáticos en el actual episodio depresivo (como se especifica en F32).

F31 .30	sin síntomas somáticos
F31.31	con síntomas somáticos

### Anotación Latinoamericana

En la GLADP considera preferible cambiar el término de “síntomas somáticos” por el de “síntomas melancólicos”, debido a la ambigüedad que implica el primero, y por la existencia en la depresión de numerosos síntomas (constipación, prurito, cefaleas, etc.) que son somáticos en el sentido de corporales, pero no en el de melancólicos. Además, síntomas como la anhedonia y el insomnio terminal (que dentro de la CIE-10 deben considerarse como parte de los “síntomas somáticos”) son racionalmente catalogables como melancólicos, pero caracterizarlos como somáticos es muy discutible. La expresión “síntomas somáticos” utilizado en la descripción de la sintomatología depresiva debe referirse exclusivamente a síntomas, tales como la cefalea, constipación, dolores diversos, etc., que tienen una clara expresión corporal.

**F31.4** Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos

El paciente está deprimido en la actualidad, como en un episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2.), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo hipomaníaco, maníaco o mixto bien identificado.

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. El episodio actual satisface los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2).
- B. Ha estado claramente presente en el pasado, por lo menos un episodio hipomaníaco o maníaco (F30) o un episodio de trastorno del humor [afectivo] mixto (F38.00).

**F31.5** Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos

El paciente está deprimido en la actualidad, como en un episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo hipomaníaco, maníaco o mixto bien identificado.)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. El episodio actual satisface los criterios de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3).
- B. Ha estado presente en el pasado, de un modo claramente evidente, un episodio hipomaníaco o maníaco (F30) o un episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto (F38.00).

Se debe usar un quinto dígito para especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

F31.50 con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo

F31.51 con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo

**F31.6** Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente

El paciente ha sufrido en el pasado al menos un episodio afectivo maníaco, hipomaníaco, depresivo o mixto bien identificado, en tanto que en la actualidad exhibe una mezcla de síntomas maníacos y depresivos, o bien, pasa rápidamente de unos a otros.

Excluye: episodio afectivo mixto único (F38.00)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. El episodio actual se caracteriza por una mezcla o por una alternancia rápida (en horas) de síntomas hipomaníacos o maníacos, y depresivos.
- B. Tanto los síntomas maníacos o hipomaníacos como los depresivos deben ser destacados la mayor parte del tiempo durante un período de al menos dos semanas.
- C. Ha estado claramente presente en el pasado, al menos un episodio hipomaníaco o maníaco (F30), un episodio depresivo (F32) o un episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto (F38.00).

**Anotación Latinoamericana**

La GLADP propone que un episodio afectivo mixto bien evidente puede ser claramente diagnosticado como trastorno bipolar y codificarse en F31.6, Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente, puesto que ambos polos del humor están evidentemente presentes, sin que se requiera de la presencia de otro trastorno afectivo en el pasado. Sin embargo, para mantener la compatibilidad con la CIE-10, el clínico puede, si lo prefiere, codificar tal condición en F38.00, Episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto, siguiendo las reglas actuales de la CIE-10 que, por supuesto, deben modificarse en el futuro.

Ver la anotación a la introducción a la sección.

**F31.7** Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión

El paciente ha sufrido en el pasado al menos un episodio afectivo maníaco, hipomaníaco o mixto bien identificado habiendo tenido además, por lo menos otro episodio afectivo, depresivo, hipomaniaco, 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 (F38.00).

La prescripción de un tratamiento para reducir el riesgo de recaídas no es óbice para este diagnóstico.

**F31.8** Otros trastornos afectivos bipolares

Incluye: Episodios maníacos recurrentes

Trastorno bipolar II

**Anotación Latinoamericana**

1. Por su utilidad clínica, la GLADP 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, y no tendría porqué rubricarse como Otro trastorno afectivo bipolar. Por lo tanto, la GLADP recomienda que el trastorno bipolar II (DSM-IV) se clasifique dentro de los trastorno bipolares en F31.0 si el episodio actual es hipomaniaco o en F31.3, F31.4 ó F31.5 (según corresponda) si es de carácter depresivo y 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 acápite anteriores de F31.

### F31.9 Trastorno afectivo bipolar no especificado

#### F32 Episodio depresivo

En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo, aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos», tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.

Incluye: Episodios únicos de:

- depresión psicógena
- depresión reactiva
- reacción depresiva

Excluye: Cuando se asocia con trastornos de la conducta en F91.- (F92.0)

Trastornos de adaptación (F43.2)

Trastorno depresivo recurrente (F33.-)

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

G1. El episodio depresivo debe durar al menos *dos semanas*.

G2. Ausencia de síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes como para haber satisfecho los criterios diagnósticos de episodios hipomaniaco y maniaco (F30) en cualquier momento de la vida del individuo.

G3. *Criterio de exclusión más frecuentemente usado*: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09).

*Síndrome somático*

Algunos síntomas depresivos son ampliamente considerados por su especial significado clínico y que 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 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 (ver en la Sección “Uso de la Guía”).

**F32.0** Episodio depresivo leve

Por lo común están presentes dos o tres de los síntomas antes descritos. El paciente generalmente está tenso pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades.

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Se satisfacen los criterios generales de F32, episodio depresivo.

B Presencia de al menos dos de los 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. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas adicionales:
- 4) Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
  - 5) Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
  - 6) Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
  - 7) Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
  - 8) Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición
  - 9) Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
  - 10) Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.
- Debe usarse un quinto dígito para especificar la presencia de un “síndrome somático” tal como se define en F32.

F32.00	sin síntomas somáticos
F32.01	con síntomas somáticos

### Anotación Latinoamericana

1. Ver anotación a F32.
2. Aquellas depresiones leves, atribuibles fundamentalmente a la influencia de factores externos adversos, deben ser codificadas como F43.20, Reacción depresiva breve; o como F43.21, Reacción depresiva prolongada

#### F32.1 Episodio depresivo moderado

Por lo común están presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos y el paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias.

##### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Se satisfacen los criterios generales de F32, episodio depresivo.
- B. Presencia de al menos dos de los tres síntomas del criterio B de F32.0.
- C. Síntomas adicionales del criterio C de F32.0, hasta completar en total al menos seis.

Debe usarse un quinto dígito para especificar la presencia del “síndrome somático” tal como se define en F32.

F32.10	sin síntomas somáticos
F32.11	con síntomas somáticos

**Anotación Latinoamericana**

1. Ver anotación a F32
2. Cuando la depresión es atribuible a factores externos adversos, pero presenta características de una depresión de carácter moderado, ésta se codificará en esta categoría, agregando la frase calificativa “de carácter reactivo”.

**F32.2** Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente, la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente una cantidad de síntomas “somáticos».

Incluye: Episodio único sin síntomas psicóticos de depresión:

- agitada
- profunda
- vital

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

*Nota:* Si están presentes síntomas importantes como la agitación o inhibición psicomotrices el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir los síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio.

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

**Anotación Latinoamericana**

1. Ver anotación a F32
2. Cuando la depresión es atribuible a factores externos adversos, pero presenta características de una depresión de carácter grave sin síntomas psicóticos, ésta se codificará en F32.2 mediante el uso de la frase calificativa “de carácter reactivo”.

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

Episodio de depresión similar al descrito en F32.2, pero con la aparición de alucinaciones, delirios, retraso psicomotor, o de un estupor tan grave, que imposibilita las actividades sociales corrientes; puede generar riesgos para la vida del paciente, por suicidio o por efecto de la deshidratación o de la inanición. Las alucinaciones y los delirios pueden o no ser congruentes con el ánimo.

Incluye: Episodios únicos de:

- depresión profunda con síntomas psicóticos
- depresión psicótica
- psicosis depresiva psicógena
- psicosis depresiva reactiva

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Se satisfacen los criterios generales de F32, episodio depresivo.
- B. Se satisfacen todos los criterios diagnósticos del episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2) con la excepción del criterio D.
- C. No se satisfacen los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) ni de trastorno esquizoafectivo (de tipo depresivo, grave o moderado (F25.10 y F25.11).
- D. Están presentes 1) ó 2) los siguientes:
  - 1) Alucinaciones o ideas delirantes que no satisfacen los criterios de ninguno de los grupos de síntomas A1 b), c) ó d) ó 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 de persecución o de autoreferencia y alucinaciones sin contenido afectivo)

**Anotación Latinoamericana**

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

**F32.8 Otros episodios depresivos**

Incluye: Depresión atípica

Episodios únicos de depresión “enmascarada” sin especificación

*Criterio de Investigación*

Se deben incluir aquí los episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezcla fluctuante de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otros síntomas como tensión, preocupación, malestar, o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en los servicios de interconsulta de los hospitales generales).

**Anotación Latinoamericana**

Por su importancia clínica, las características de la *depresión atípica* deben tenerse presentes. Ésta suele ser más frecuente en mujeres que en hombres, suele iniciarse más temprano en la vida, y es más común en personas jóvenes, incluyendo adolescentes. Sus características más discrimi-

nantes son la presencia de una reactividad del humor ante los eventos positivos y negativos del ambiente, el incremento en el apetito, la ganancia de peso, los trastornos del sueño con una hipersomnia marcada y una hipersensibilidad patológica del individuo a experiencias de crítica o rechazo. Puede presentarse también una sensación de fatiga extrema que los pacientes suelen describir como una pesadez, inercia o hundimiento, sobre todo en brazos y piernas, que dura por lo menos 1 hora al día. La presencia de un claro cuadro melancólico tiende a excluir el diagnóstico.

### **F32.9** Episodio depresivo no especificado

Incluye: Depresión sin especificación

Trastorno depresivo sin especificación

### **F33** Trastorno depresivo recurrente

Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, como los descritos para el episodio depresivo (F32.-), sin ninguna historia de otros episodios distintos en los que hubiera habido elevación del ánimo y aumento de la energía (manía). Sin embargo, puede haber episodios breves de ligera elevación del ánimo y de hiperactividad (hipomanía), inmediatamente después de un episodio depresivo, los cuales a veces son desencadenados por el tratamiento antidepressivo. Las formas más graves del trastorno depresivo recurrente (F33.2 y F33.3) tienen mucho en común con conceptos más primarios, como los de depresión maníaco-depresiva, melancolía, depresión vital y depresión endógena. El primer episodio puede ocurrir a cualquier edad entre la niñez y la senectud. El comienzo puede ser tanto agudo, como insidioso, y la duración del cuadro varía desde unas pocas semanas a varios meses. El riesgo de que un paciente con un trastorno depresivo recurrente sufra un episodio de manía no desaparece jamás totalmente, por muchos que hayan sido los episodios depresivos que haya experimentado. Si esto ocurre, debe modificarse el diagnóstico, por el de trastorno afectivo bipolar (F31.-).

Incluye: Episodios recurrentes de:

- depresión psicógena
- depresión reactiva
- reacción depresiva
- trastorno depresivo estacional

Excluye: Episodios recurrentes depresivos breves (F38. 1)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

G1. Ha habido en el pasado al menos un episodio depresivo, ya sea leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y 3), con una duración mínima de dos semanas y separado de otros posibles episodios por un período de seis meses libres de alteraciones significativas del estado de ánimo.

G2. No ha habido en el pasado ningún episodio que satisficiera los criterios de episodio 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.

### 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 maniaco-depresiva de tipo depresivo con síntomas psicóticos

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Se satisfacen los criterios generales de trastorno depresivo recurrente (F33).

B. El episodio actual satisface los criterios de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3).

Puede utilizarse un quinto dígito para especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:

F33.30 con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo

F33.31 con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo

**F33.4** Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión

El paciente ha sufrido dos o más episodios depresivos como los clasificados en F33.0-F33.3, pero no tiene síntomas depresivos, desde hace varios meses.

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. En el pasado se satisficieron los criterios generales para trastorno depresivo recurrente (F33).

B. El estado actual no satisface los criterios para un episodio depresivo (F32-) de cualquier gravedad, o para cualquier otro trastorno de F30-F39.

### **Anotación Latinoamericana**

Para cumplir con los criterios diagnósticos plenamente, la GLADP 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 propone la creación de una subcategoría diagnóstica: F33.81, Trastorno depresivo recurrente en fase prodrómica. Esto permitirá el diagnóstico temprano de pacientes que habiendo sido diagnosticados en el pasado con un trastorno depresivo recurrente que ha entrado en remisión, se presentan al clínico presentando claros síntomas prodrómicos que, de no tratarse adecuadamente, progresarán al trastorno depresivo en su total expresión. Este diagnóstico precoz permitirá la institución temprana del tratamiento adecuado para prevenir complicaciones.

### **F33.9 Trastorno depresivo recurrente no especificado**

Incluye: Depresión monopolar sin especificación

### **F34 Trastornos del Humor (Afectivos) persistentes**

Trastornos del humor, persistentes y habitualmente fluctuantes, en los cuales la mayoría de los episodios individuales no llegan a ser suficientemente graves como para que se justifique describirlos como episodios hipomaniacos, ni como episodios depresivos leves. Debido a que duran años, afectando a veces la mayor parte de la vida adulta del paciente, implican una angustia y una incapacidad considerables. En algunos casos los episodios maníacos o depresivos recurrentes o únicos, pueden aparecer superpuestos a un trastorno afectivo persistente.

#### **F34.0 Ciclotimia**

Inestabilidad persistente del humor, que se manifiesta a través de varios períodos de depresión y de excitación leve, ninguno de los cuales es suficientemente grave o prolongado, como para justificar el diagnóstico de trastorno afectivo bipolar (F31.-) o trastorno depresivo recurrente (F33.-). Con frecuencia este trastorno se encuentra entre los parientes de los pacientes que sufren un trastorno afectivo bipolar. Algunas personas ciclotímicas desarrollan con el tiempo un trastorno afectivo bipolar.

Incluye: Personalidad cicloide

Personalidad ciclotímica

Trastorno afectivo de la personalidad

*Criterio de Investigación*

- A. Presencia de un período de al menos dos años de inestabilidad del estado de ánimo, con la existencia de muchos períodos de depresión y euforia, con o sin intervalos de estado de ánimo normal entre los mismos.
- B. Ninguno de los períodos de depresión o euforia en el transcurso de estos dos años ha sido lo suficientemente intenso o duradero como para satisfacer los criterios de un episodio maníaco o un episodio depresivo (moderado o grave); sin embargo, antes o después de este periodo 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 reconoce que la fiabilidad diagnóstica de esta categoría se encuentra comprometida por su similitud con el trastorno bipolar de carácter leve. El clínico debe ejercitar su propio criterio para identificar los umbrales que sugieren un impacto considerable al funcionamiento del individuo como para hacer la transición diagnóstica de una ciclotimia a un trastorno bipolar que requiera un enfoque terapéutico más incisivo. Futuras revisiones de esta Guía requerirán del refinamiento de las pautas diagnósticas basadas en la evidencia empírica.

### F34.1 Distimia

Depresión crónica del humor, que dura al menos varios años, y no es suficientemente grave, o bien, cuyos episodios individuales no alcanzan a ser suficientemente prolongados, como para justificar el diagnóstico tanto de las formas graves y moderadas como de las formas leves del trastorno depresivo recurrente (F33).

Incluye: Depresión ansiosa persistente

Depresión neurótica

Neurosis depresiva

Trastorno depresivo de la personalidad

Excluye: Depresión ansiosa (leve o no persistente) (F41.2)

#### Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Presencia de un período de *al menos dos años* de estado de ánimo deprimido de forma continua o constantemente recurrente. Los períodos intermedios de ánimo normal raramente duran más de unas pocas semanas y no existen episodios de hipomanía.
- B. Ninguno, -o casi ninguno- de los episodios de depresión durante este período de al menos dos años tiene la gravedad o duración suficientes como para satisfacer los criterios de trastorno depresivo recurrente leve.
- C. Por lo menos en algunos de los períodos de depresión deben hallarse presentes tres o más de los síntomas siguientes
  - 1) Una disminución de la vitalidad o de la actividad.
  - 2) Insomnio.
  - 3) Pérdida de confianza en sí mismo o sentimientos de inferioridad.
  - 4) Dificultad para concentrarse.
  - 5) Llanto fácil
  - 6) Pérdida de interés o satisfacción por actividades sexuales u otras placenteras.
  - 7) Sentimientos de desesperanza o desesperación.
  - 8) Sentimientos de incapacidad para enfrentarse con las responsabilidades habituales de la vida diaria.
  - 9) Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado.
  - 10) Aislamiento social.
  - 11) Menor locuacidad de lo habitual en el sujeto.

*Nota:* Si es necesario, puede especificarse si el trastorno es de comienzo precoz (en la adolescencia tardía o en la segunda década) o tardío (generalmente en la tercera o quinta década tras un episodio de trastorno del humor [afectivo]).

#### Anotación Latinoamericana

1. Aquellos clínicos que deseen hacer diagnóstico de neurosis depresiva podrían hacerlo agregando la frase calificativa “con desarrollo neurótico” (ver definición de desarrollo neurótico en el Glosario Lexicológico).

2. Este cuadro es frecuente en poblaciones latinoamericanas y muchas veces se presenta en mujeres latinoamericanas con rasgos histriónicos de personalidad o de neurastenia.

### **F34.8** Otros Trastornos del Humor (Afectivos) persistentes

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

Se trata de una categoría residual para aquellos trastornos persistentes del humor que no son lo suficientemente graves o duraderos para satisfacer las pautas de ciclotimia (F34.0) o distimia (F34.1), pero que sin embargo son clínicamente significativos. Algunos tipos de depresión antes llamados neuróticos se incluyen aquí, siempre y cuando no satisfagan los criterios de ciclotimia (F34.0) o distimia (F34.1) o de episodio depresivo leve (F32.0) o moderado (F32.1).

### **F34.9** Trastorno persistente del humor [afectivo] no especificado

### **F38** Otros Trastornos del Humor (Afectivos)

Cualquier otro trastorno del humor que no justifica su clasificación en F30-F34, porque no es suficientemente grave o duradero.

#### *Criterio 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 hipomaniacos, 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 hipomaniacos, 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 son de dos o tres días).
- D. Los episodios no se presentan únicamente en relación con el ciclo menstrual.

**F38.8** Otros Trastornos del Humor (Afectivos) especificados

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

Esta es una categoría residual para los trastornos afectivos que no satisfagan los criterios de ninguna de las categorías de F30.- F38.

**F39** Trastorno del humor [afectivo] no especificado

Incluye: Psicosis afectiva SAI

**Anotación Latinoamericana**

Ver Introducción a la Sección y su Anotación Latinoamericana.



## Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40-F48)

### ÍNDICE DE ESTA SECCIÓN

Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
<b>F40</b>	Trastornos fóbicos de ansiedad	<b>F43</b>	Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación
F40.0	Agorafobia	F43.0	Reacción al estrés agudo
	.00 sin trastorno de pánico	F43.1	Trastorno de estrés post-traumático
	.01 con trastorno de pánico	F43.2	Trastornos de adaptación
F40.1	Fobias sociales	.20	Reacción depresiva breve
F40.2	Fobias específicas (aisladas)	.21	Reacción depresiva prolongada
F40.8	Otros trastornos fóbicos de ansiedad	.22	Reacción mixta de ansiedad y depresión
F40.9	Trastorno fóbico de ansiedad, no especificado	.23	Con predominio de alteraciones de otras emociones
<b>F41</b>	Otros trastornos de ansiedad	.24	Con predominio de alteraciones disociales
F41.0	Trastorno de pánico [Ansiedad paroxística episódica]	.25	Con alteración mixta de las emociones y disociales
F41.1	Trastornos de ansiedad generalizada	.28	Otros trastornos de adaptación con síntomas predominantes especificados
F41.2	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	F43.8	Otras reacciones al estrés, grave, especificadas
F41.3	Otros trastornos de ansiedad mixtos	F43.9	Reacción al estrés, grave, no especificada
F41.8	Otros trastornos de ansiedad especificados	<b>F44</b>	Trastornos disociativos (de conversión)
F41.9	Trastorno de ansiedad, no especificado	F44.0	Amnesia disociativa
<b>F42</b>	Trastorno obsesivo-compulsivo	F44.1	Fuga disociativa
F42.0	Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos	F44.2	Estupor disociativo
F42.1	Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)	F44.3	Trastornos de trance y de posesión
F42.2	Con actos e ideas obsesivos mixtos	F44.4	Trastornos disociativos del movimiento
F42.8	Otros trastornos obsesivo-compulsivos	F44.5	Convulsiones disociativas
F42.9	Trastorno obsesivo-compulsivo, no especificado	F44.6	Anestesia disociativa y pérdida sensorial

Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
F44.7	Trastornos disociativos mixtos (y de conversión)	.30	del corazón y sistema cardiovascular
F44.8	Otros trastornos disociativos (de conversión)	.31	del tracto gastrointestinal alto
[.80	Síndrome de Ganser]	.32	del tracto gastrointestinal bajo
[.81	Trastorno de personalidad múltiple]	.33	del sistema respiratorio
[.82	Trastornos disociativos (de conversión) transitorios de la infancia o adolescencia]	.34	del sistema urogenital
[.88	Otro trastorno disociativo (de conversión) especificado]	.38	de otros órganos o sistemas [otra disfunción vegetativa somatomorfa]
F44.9	Trastorno disociativo [de conversión] no especificado	F45.4	Trastorno de dolor persistente somatomorfo
<b>F45</b>	Trastornos somatomorfos	F45.8	Otros trastornos somatomorfos, especificados
F45.0	Trastorno de somatización	F45.9	Trastorno somatomorfo, no especificado
F45.1	Trastorno somatomorfo indiferenciado	<b>F48</b>	Otros trastornos neuróticos
F45.2	Trastorno hipocondríaco	F48.0	Neurastenia
F45.3	Disfunción autonómica somatomorfa	F48.1	Síndrome de despersonalización-desrealización
		F48.8	Otros trastornos neuróticos, especificados
		F48.9	Trastorno neurótico, no especificado

### Anotación Latinoamericana

La GLADP propone la utilización de la frase calificativa “.x6, *Con desarrollo neurótico (o neurosis)*”, para aquellos que quieran hacer el diagnóstico de alguno de estos trastornos enfatizando sus características de neurosis (ver Uso de la Guía). Esto es aplicable a cualquiera de las categorías precedentes de F4, excepto F43.

Ejemplos:

F42.06, Neurosis obsesivo compulsiva con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos  
 F42.26, Trastorno obsesivo compulsivo con actos e ideas obsesivos mixtos y con desarrollo neurótico

## INTRODUCCIÓN DE LA SECCIÓN

Esta categoría agrupa un conjunto de síndromes que constituyen una parte sustancial de la demanda asistencial en el nivel primario, y que en la CIE-9 eran, en su mayoría, diagnosticados como neurosis o trastornos situacionales.

En la CIE-10, la depresión y la ansiedad, se reubican en diferentes categorías, no obstante la obvia asociación entre ellas, por lo que se ha creado una subcategoría, *Trastorno mixto ansioso depresivo* (F41.2), para registrar aquellos casos en que tal separación resulta imposible.

Esa categoría de la CIE-10, sólo es aplicable a aquellos pacientes, en quienes ni la ansiedad ni la depresión satisfacen los criterios de inclusión en F40-F49 ó F30-F39, respectivamente.

Al igual que se recomienda en el capítulo anterior, cuando a un trastorno de ansiedad codificable en F40-F49 se asocien manifestaciones depresivas, que no satisfagan los criterios diagnósticos de ninguna de las subcategorías de F30-F39, pero que se consideren importantes, su presencia será recogida en el enunciado del diagnóstico, por ejemplo: F40.0 Agorafobia con síntomas depresivos.

La utilización de un doble diagnóstico (en F30-F39 y F40-F49) a pacientes con grados ligeros de depresión y ansiedad concomitantes, no ha satisfecho a muchos psiquiatras, a quienes parece arbitrario suponer que el paciente tiene dos trastornos y no uno solo, que lo hace estar ansioso y deprimido a la vez.

Una subdivisión de la subcategoría F41.2 ha sido introducida:

### *F41.20 Trastorno mixto con manifestaciones mínimas de ansiedad y depresión*

Esta categoría se correspondería exactamente con la F41.2 de la CIE-10.

### *F41.21 Trastorno mixto con manifestaciones leves de ansiedad y depresión*

Se codificará aquí a pacientes con grados similares de ansiedad y depresión, de intensidad ligera.

Cuando el síndrome sea de carácter moderado o grave se dará prioridad a la depresión.

Algunas subcategorías de F40-F49 constituyen el lugar propicio para registrar las neurosis. Sin embargo, el criterio con que muchos clínicos emplean ese concepto es más estrecho que el usado en la CIE-10, para trazar las pautas diagnósticas de dichas subcategorías. Por lo tanto, los pacientes a los cuales se les diagnostique una neurosis, serían colocados junto a otros que no cumplen los requisitos correspondientes a dichos trastornos.

Excluye: Cuando están asociados con trastornos de la conducta en F91.- (F92.8)

## **F40 Trastornos fóbicos de ansiedad**

Grupo de trastornos en los cuales la ansiedad es provocada exclusiva o predominantemente por ciertas situaciones bien definidas que, en realidad, no son peligrosas. Como resultado, estas situaciones son típicamente evitadas, o son soportadas con pavor. La preocupación del paciente puede centrarse en síntomas particulares, como palpitaciones o sensación de desvanecimiento, y a menudo se

asocia con temores secundarios a morir, a perder el control o a enloquecer. El solo pensamiento de tener que enfrentar una situación fóbica genera habitualmente ansiedad anticipatoria. A menudo coexisten la ansiedad fóbica y la depresión. La presencia de dos diagnósticos –la ansiedad fóbica y el episodio depresivo– o de sólo uno de ellos, lo dicta la evolución clínica de la sintomatología y, en ocasiones, la respuesta terapéutica.

#### **F40.0** Agorafobia

Conglomerado relativamente bien definido de fobias que abarca el miedo a salir del hogar, el miedo a entrar a locales comerciales, a sitios donde hay multitudes, o a lugares públicos, o el miedo a viajar solo en tren, en ómnibus o en avión. Una característica frecuente en los episodios anteriores y en los actuales, es la crisis de angustia (pánico). También aparecen con frecuencia síntomas depresivos, obsesivos y fobias a la interacción social, en calidad de rasgos secundarios. A menudo los pacientes evitan notablemente la situación fóbica, dado lo cual, algunos agorafóbicos experimentan poca ansiedad, porque son capaces de evitar sus situaciones fóbicas.

Incluye: Agorafobia sin historia de trastornos de pánico

Trastornos de pánico con agorafobia

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Miedo manifiesto o conducta de evitación ante por lo menos dos de las siguientes situaciones:

- 1) multitudes.
- 2) lugares públicos.
- 3) viajar solo.
- 4) viajar lejos de casa.

B. Al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación temida tienen que presentarse conjuntamente, en una ocasión al menos desde el comienzo de los trastornos, y uno de los síntomas tienen 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 (p.e 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.

### **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) Ruborización.
  - 2) Miedo a vomitar.
  - 3) Necesidad imperiosa o temor a orinar o defecar.
- C. Malestar emocional significativo, causado por la conducta de evitación o por los síntomas de ansiedad, por cuanto el paciente reconoce que estos son excesivos o carecen de sentido.
- D. Los síntomas se limitan o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas.
- E. *Criterio de exclusión más frecuentemente usado:* Los criterios A y B no son debidos a ideas delirantes, alucinaciones u otros síntomas de trastornos tales como trastornos mentales orgánicos (F00-F04), la esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29), trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42), ni tampoco son secundarios a creencias de la propia cultura.

#### **F40.2** Fobias específicas (aisladas)

Son fobias restringidas a situaciones muy específicas, tales como la cercanía de ciertos animales, las alturas, el trueno, la oscuridad, volar en avión, los espacios cerrados, orinar o defecar en baños públicos, la ingestión de ciertos alimentos, la atención dental o la visión de sangre o de heridas. Aunque la situación desencadenante es discreta, su aparición puede provocar pánico, al igual que en la agorafobia o en la fobia social.

#### **Anotación Latinoamericana**

La existencia de crítica sobre lo irracional del temor suele 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 fría que son, que les pueden orinar en los ojos, etcétera. Ser “alérgicos” a determinado animal, vegetal u objeto es otra argucia frecuentemente empleada.

Otros, avergonzados de lo que puede constituir una “ofensa a su hombría”, hiperbolizan la existencia de posibilidades riesgosas, más teóricas que reales (un tigre puede soltarse en un zoológico, un perro morder, o un avión caerse), que no producen conductas de evitación ni ansiedad anormal en la mayoría de las personas de su entorno.

Una actitud “contrafóbica” puede también producirse, con un acercamiento tenso y frecuentemente impulsivo, destructivo y exageradamente intenso al objeto fóbico, que lleva, en ocasiones, a golpear, por ejemplo, a una cucaracha con tal violencia (o con el uso de tales instrumentos), que parecería que el sujeto enfrentara a un poderoso enemigo.

Incluye: Acrofobia

Claustrofobia

Fobia a los animales

Fobia simple

Excluye: Dismorfofobia (sin delirios) (F45.2)

Nosofobia (F45.2)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Alguno de los siguientes síntomas deben darse:

- 1) Miedo marcado ante un objeto o situación específica no incluida en agorafobia (F40.0) o en fobia social (F40.1).
- 2) Evitación marcada ante un objeto o situación específica no incluida en agorafobia (F40.0) o en fobia social (F40.1).

Entre los objetos o situaciones más frecuentes están los animales, los pájaros, los insectos, las alturas, los espacios pequeños y cerrados, la visión de la sangre y heridas, las inyecciones, los dentistas y los hospitales.

B. Síntomas de ansiedad en la situación temida, en algún momento desde el inicio del trastorno, tal y como se define en el criterio B de F40.0 (agorafobia).

C. Malestar emocional significativo, causado por la conducta de evitación o por los síntomas de ansiedad, por cuanto el paciente reconoce que estos son excesivos o carecen de sentido.

D. Los síntomas se limitan o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas.

Si se desea, las fobias específicas pueden subdividirse como sigue:

- Tipo animal (p.e. insectos, perros)
- Tipo fuerzas de la naturaleza (p.e. tormentas, agua)
- Tipo sangre, inyecciones y heridas.
- Tipo situaciones (p.e. 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 grupos a) a 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 (p.e. 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.

1) 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 considera de importancia nosológica y práctica la clara diferenciación entre los trastorno de pánico, con o sin agorafobia y otros trastornos de ansiedad. Importantes estudios de revisión bibliográfica en la región sustentan esta consideración.<sup>1</sup>

#### **F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada**

Su característica fundamental es una ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe ni siquiera en términos de algún fuerte predominio, a ninguna circunstancia del entorno en particular (es decir, la angustia, “flota libremente”). Los síntomas principales son variables, pero incluyen quejas de permanente nerviosidad, temblor, tensiones musculares, sudoración, atolondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico. A menudo los pacientes manifiestan temores de una próxima enfermedad o de un accidente, que sufrirán en breve ellos mismos o alguno de sus parientes.

Incluye: Estado de ansiedad

Neurosis de ansiedad

Reacción de ansiedad

Excluye: Neurastenia (F48.0)

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

*Nota*: En los niños y adolescentes, a menudo, la variación de las quejas por las que la ansiedad generalizada se manifiesta es más limitada que en los adultos, y los síntomas específicos autonómicos son más llamativos. Para este grupo en concreto un alternativo grupo de criterios pueden encontrarse para su uso en F93.80 (Trastorno de ansiedad generalizada de la infancia) si se prefiere.

<sup>1</sup> 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.

- 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 (p.e. 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 a benzodiazepinas.

### **Anotación Latinoamericana**

En algunas regiones América Latina es común que los pacientes reporten la “angurria” (poliaquiuria) como un síntoma físico (somático) de ansiedad generalizada.

#### **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 por lo tanto, esta categoría no deberá ser utilizada. Incluye: Depresión ansiosa (leve o no persistente)

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

Dado que para estos trastornos existen muchas combinaciones de síntomas de intensidad leve, no se proporcionan criterios específicos, aparte de los que se hallan en las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Se sugiere a los investigadores que deseen estudiar enfermos con estos trastornos que diseñen sus propios criterios a partir de las pautas, en función de las condiciones y finalidades del estudio.

#### **F41.3 Otros trastornos de ansiedad mixtos**

Síntomas de ansiedad mezclados con rasgos de otros trastornos en F42-F48. Ningún tipo de síntoma es suficientemente grave como para justificar un diagnóstico, si es que se consideran aisladamente.

#### **F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados**

Incluye: Histeria de ansiedad

#### **F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado**

Incluye: Ansiedad sin especificación

### **F42 Trastorno obsesivo-compulsivo**

Sus rasgos fundamentales estriban en la presencia de pensamientos obsesivos o de actos compulsivos, ambos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos que penetran la mente del paciente una y otra vez, en forma estereotipada. Estos pensamientos son casi invariablemente angustiantes y el paciente afectado intenta a menudo rechazarlos, sin tener éxito en su empeño. A pesar de esto, son reconocidos como pensamientos propios, incluso aunque sean involuntarios y a menudo repugnantes. Los actos o ritos compulsivos son comportamientos estereotipados, repeti-

dos una y otra vez. No son intrínsecamente agradables, ni tienen como finalidad el cumplimiento de tareas inherentemente útiles. Su función es prevenir algún suceso, objetivamente improbable, a menudo un daño causado al o por el paciente, que éste teme que, de otro modo, puede ocurrir. Habitualmente el paciente reconoce que este comportamiento no tiene sentido o que es ineficaz, dado lo cual realiza intentos repetidos para resistirse a él. Casi invariablemente hay ansiedad, la cual empeora si los actos compulsivos son resistidos.

### **Anotación Latinoamericana**

En la práctica clínica en América Latina suele hacerse una distinción muy precisa entre los actos y los rituales compulsivos. Los primeros consisten en acciones sencillas (no ensambladas dentro de un grupo de ellas), como tener que leer las placas de los autos que cruzan, contar las ventanas, leer al revés los letreros, etcétera.

Los rituales, en cambio, están constituidos por un conjunto de acciones coordinadas, a veces extraordinariamente complejas. Por ejemplo, un paciente debe rezar una oración, comprobar que todos los adornos de la casa estén orientados hacia el oeste y besar a la madre antes de salir para el trabajo, o efectuar varias maniobras repetitivas en un orden y número determinado antes de tocar a la puerta.

Incluye: Neurosis anancástica (F48.06)

Neurosis obsesivo-compulsiva (F48.06)

Excluye: Trastornos obsesivo-compulsivos de la personalidad (F60.5)

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Deben estar presentes ideas obsesivas o actos compulsivos (o ambos) durante la mayoría de los días durante un período de por lo menos dos semanas.
- B. Las obsesiones (pensamientos, ideas o imágenes) y compulsiones (actos, rituales) comparten las siguientes características, todas las cuales deben hallarse presentes:
  - 1) El paciente las reconoce como propias y no como impuestas por otras personas o influidas externamente.
  - 2) Son reiteradas y desagradables, y por lo menos una de la obsesión o compulsión presente debe ser reconocida como carente de sentido.
  - 3) El paciente intenta resistirse a ellas (aunque con el tiempo la resistencia a algunas obsesiones o compulsiones puede volverse mínima). Por lo menos una de las obsesiones o compulsiones presentes es resistida sin éxito.
  - 4) El llevar cabo las obsesiones o compulsiones no es en sí mismo placentero (lo cual debe distinguirse del alivio temporal de la ansiedad o tensión).
- C. Las obsesiones o compulsiones producen malestar o interfieren con las actividades sociales o el funcionamiento normal del sujeto, por lo general por el tiempo que consumen.

D. *Criterio de exclusión más frecuente usado*: Las obsesiones o compulsiones no son el resultado de otros trastornos mentales, tales como esquizofrenia (F20-F29) o trastornos del humor [afectivos] (F30-F39)

El diagnóstico puede especificarse más con un cuarto dígito (ver F42.0 a F42.9):

### **Anotación Latinoamericana**

1. La GLADP propone agregar a la descripción de esta categoría el siguiente párrafo de considerable importancia nosológica y práctica: “en situaciones particularmente graves el trastorno puede ser seriamente invalidante y las obsesiones alcanzar características casi delusivas”.
2. No siempre los síntomas tienen por propósito (consciente o inconsciente) “prevenir” la ocurrencia de algún suceso específico; en ocasiones estos responden a un temor ambiguo e inespecífico y en otras se deben a lo angustiante que resulta no plegarse a ellos.

### **F42.0** Predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas

Puede tomar la forma de ideas, imágenes mentales o impulsos para la acción, casi siempre angustiantes para el paciente. Algunas veces estas ideas son indecisas e interminables consideraciones sobre alternativas, asociadas con una incapacidad para tomar decisiones triviales pero necesarias, en la vida cotidiana. La relación entre las rumiaciones obsesivas y la depresión es particularmente estrecha, por lo que el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo debe ser preferido sólo si las rumiaciones surgen o persisten en ausencia de un episodio depresivo.

### **F42.1** Predominio de actos compulsivos [rituales obsesivos]

La mayoría de los actos compulsivos se refieren al aseo (especialmente al lavado de manos), a la verificación repetida para asegurarse de que se ha logrado impedir el desarrollo de alguna situación potencialmente peligrosa, o al orden y a la pulcritud. Subyace al comportamiento manifiesto, un temor a una situación de peligro para el paciente, que puede ser causada por él, y el ritual es un intento ineficaz o simbólico para alejar ese peligro.

### **F42.2** Actos e ideas 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. Aunque el estrés psicosocial menos grave (“sucesos vitales”) puede precipitar el inicio o contribuir a la presentación de una amplia diversidad de trastornos clasificados en otras partes de este capítulo, su importancia etiológica no siempre es clara, y en ellos, el cuadro depende de la vulnerabilidad individual, a menudo idiosincrásica del paciente. Es decir, los sucesos vitales no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición y la forma del trastorno. Por el contrario, se considera que los trastornos aquí agrupados surgen siempre como consecuencias directas del estrés agudo grave o del trauma prolongado. El suceso estresante o las circunstancias desagradables prolongadas constituyen el factor causal primario y esencial, al punto de que el trastorno no habría tenido lugar sin estos impactos. Los trastornos en esta categoría pueden ser considerados así, como respuestas adaptativas, pero patológicas, al estrés grave o prolongado, en el sentido de que interfieren con los mecanismos de adaptación normales, por lo cual inducen un deterioro del funcionamiento social del paciente.

#### **F43.0** Reacción al estrés agudo

Trastorno transitorio que se desarrolla en una persona que no tiene ningún otro trastorno mental aparente, en respuesta a un estrés físico y mental excepcional y que habitualmente remite en un lapso de horas o de días. En la aparición y en la gravedad de las reacciones agudas de estrés, desempeñan un papel la vulnerabilidad individual y la capacidad de adaptación de la persona. Los síntomas configuran un cuadro típicamente cambiante y mezclado que comprende un estado inicial de “aturdimiento”, con cierta constricción del campo de la conciencia y con estrechamiento de la atención, incapacidad para captar estímulos y desorientación. Este estado puede ser seguido tanto de un aislamiento ulterior de la situación circundante (incluso hasta el grado de un estupor disociativo, F44.2), como de agitación e hiperactividad (reacción de fuga). Con frecuencia hay signos autonómicos de pánico grave (taquicardia, sudor, rubor). Habitualmente los síntomas aparecen minutos después del impacto del estímulo o suceso estresante, y desaparecen en el lapso de dos o tres días (y a menudo, en horas). Puede haber amnesia total o parcial del episodio (F44.0). Si los síntomas persisten, debe considerarse un cambio de diagnóstico.

Incluye: Choque psíquico

Estado de crisis

Fatiga de combate

Reacción aguda al estrés

Reacción de crisis aguda

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Presencia de exposición a un agente físico o psicológico de excepcional gravedad.
- B. El criterio A se sigue de la inmediata aparición de síntomas (dentro del plazo de una hora).
- C. Hay dos grupos de síntomas y la reacción a estrés agudo se califica como:

F43.00 Leve, si sólo se presentan síntomas del grupo (1)

F43.01 Moderada, si se presentan síntomas del grupo (1) y además dos síntomas del grupo (2)

F43.02 Grave, si se presentan síntomas del grupo (1) y además cuatro del grupo (2) o un estupor disociativo (ver F44.2)

Cuando se cumple la pauta 1 y hay cuatro síntomas de la pauta 2, o hay estupor disociativo (F44.2):

1) Los criterios B, C y D del trastorno de ansiedad generalizada (F44.1) deben cumplirse.

- 2) a) Aislamiento social.  
 b) Estrechamiento del campo de la atención.  
 c) Aparente desorientación.  
 d) Ira o agresividad verbal.  
 e) Desesperanza o desesperación.  
 f) Hiperactividad inadecuada o carente de propósito.  
 g) Duelo incontrolable y excesivo  
 (de acuerdo con la cultura propia del sujeto).

D. Si el agente estresante es transitorio o puede ser aliviado, los síntomas deben empezar a disminuir no más tarde de 8 horas después de desaparecer o aliviarse. Si el agente estresante es persistente, los síntomas deben empezar a atenuarse no más tarde de 48 horas.

E *Criterio de exclusión más frecuentemente usado*: Ausencia de cualquier otro trastorno de la CIE-10 en el momento de la evaluación, con la excepción de F41.1 (trastorno de ansiedad generalizada) y F60 (trastornos de la personalidad) y más allá del plazo de tres meses de la finalización de un episodio de cualquier otro trastorno de la CIE-10.

### **F43.1** Trastorno de estrés post-traumático

Surge como respuesta retardada o tardía a un suceso o a una situación estresante (de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causarían angustia generalizada a casi cualquier persona. Los factores predisponentes, como los rasgos de la personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos), o una historia de males neuróticos previos, pueden incidir en una reducción del umbral tras el cual se desarrolla el síndrome, o se agrava su evolución, pero ninguno de estos antecedentes es necesario ni suficiente para explicar su aparición. Entre sus características distintivas se encuentran los episodios repetidos en que se revive el trauma a través de recuerdos intrusos (“retrospectivas”), sueños o pesadillas que ocurren sobre un fondo persistente de “torpor” y de aplanamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de respuesta a las circunstancias, de anhedonia y de impedimento de las actividades y de las situaciones que le recuerdan el trauma. Habitualmente hay un estado de alerta excesivo en la esfera autonómica, con hipervigilancia, un incremento de la reacción de alarma e insomnio. La ansiedad y la depresión se asocian con frecuencia con los síntomas y los signos descritos, y no son infrecuentes las ideas suicidas. El comienzo del trastorno sigue a la ocurrencia del trauma con un período de latencia que puede variar desde pocas semanas a unos meses. La evolución es fluctuante, aun cuando en la mayoría de los casos se puede esperar una recuperación. En una pequeña proporción de los casos la afección

puede presentar un curso crónico de varios años, con un eventual cambio perdurable de la personalidad (F62.0)

Incluye: Neurosis traumática

*Criterio de Investigación*

- A. El paciente ha debido exponerse a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo malestar en casi todo el mundo.
- B. Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (“flashbacks”), recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.
- C. Evitación de circunstancias parecidas relacionadas al evento estresante (no presentes antes de la exposición al mismo).
- D. Una de las dos:
  - 1) Incapacidades, parcial o completa, para recordar aspectos importantes del período de exposición al evento estresante.
  - 2) Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación (ausentes antes de la exposición al evento estresante) puestos de manifiesto por al menos dos de los síntomas siguientes
    - a) dificultad para conciliar o mantener el sueño.
    - b) irritabilidad.
    - c) dificultad de concentración.
    - d) facilidad para distraerse.
    - e) respuesta de alarma (sobresaltos) y aprensión exageradas.
- E. Los criterios B, C y D deben todos satisfacerse en el curso de los seis meses posteriores al acontecimiento estresante o de finalizado el período de estrés. (El comienzo tardío, luego de transcurridos más de 6 meses, puede aceptarse en circunstancias especiales, que deben especificarse claramente).

**Anotación Latinoamericana**

En virtud de que la población latinoamericana ha sido gravemente expuesta a condiciones traumáticas de diversa naturaleza (desastres naturales, violencia política, represión gubernamental, crimen, entre otras muchas) y a la tendencia de esta población a negar el impacto potencial de tales experiencias sufridas en el pasado, la GLADP sugiere a quienes trabajan con pacientes de esta región, especialmente a aquellos en países fuera de Latinoamérica, hacer un esfuerzo especial por inquirir sistemáticamente por la presencia en el paciente de antecedentes de exposición a eventos traumáticos significativos. Esto es especialmente importante en pacientes experimentando trastornos de ansiedad grave.

También debe tomarse en cuenta que, con el incremento de la confrontación política a nivel global, estos trastornos se han hecho más prevalentes y que muchos individuos expuestos a

experiencias traumáticas tienen una mayor resistencia a reportar espontáneamente tales antecedentes, ante el temor de ser singularizados como victimarios y no víctimas.

### **F43.2** Trastornos de adaptación

Estados de angustia subjetiva y de perturbación emocional, que habitualmente interfieren con el funcionamiento y el desempeño sociales, que surgen en la fase de adaptación a un cambio vital significativo o a un suceso vital estresante. El factor estresante puede haber afectado la integridad de la red de relaciones sociales de la persona (duelo, experiencias de separación), puede haber alterado el sistema más amplio de sus fundamentos y valores sociales (migración, condición de refugiado), o bien, puede haber representado una transición o una crisis importante en su desarrollo (ingreso a la escuela, paternidad, fracaso en la obtención de una meta personal esperada, jubilación). La predisposición o la vulnerabilidad individual desempeñan un papel importante en el riesgo de presentación y en la configuración de las manifestaciones de los trastornos de adaptación, si bien se acepta que la afección no habría surgido sin la acción del factor estresante. Las manifestaciones varían, incluyen depresión del humor, ansiedad o preocupación (o una mezcla de ambas), sentimiento de incapacidad para arreglárselas, para planificar el futuro o para continuar en la situación actual, como también cierto grado de deterioro en la ejecución de la rutina diaria. Puede haber rasgos de trastornos de la conducta asociados, especialmente en los adolescentes. El rasgo predominante puede consistir en una reacción depresiva breve o prolongada o en una perturbación de otras emociones y de la conducta.

Incluye: Choque cultural

Hospitalismo en niños

Reacción de duelo

Excluye: Trastorno de ansiedad de separación en la niñez (F93.0)

#### *Criterio de Investigación*

- A. Haber sido expuesto a un estrés psicosocial identificable, el cual no es de gravedad extraordinaria ni de tipo catastrófico, no más de un mes antes del comienzo de los síntomas.
- B. Síntomas o trastornos del comportamiento del tipo de los descritos en cualquiera de los trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) (excepto ideas delirantes 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 propone agregar como término de inclusión a la subcategoría F43.28, el 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 quejan de dolor localizado en la región de la nuca, que muchos de ellos identifican como dolor de cerebro o de “cerebro”.

**F43.8** Otras reacciones al estrés grave

**F43.9** Reacción al estrés grave no especificada

#### **F44 Trastornos disociativos [de conversión]**

La temática común compartida por los trastornos disociativos y de conversión, consiste en una pérdida parcial o total de la integración normal entre los recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad y de las sensaciones inmediatas, y el control de los movimientos corporales. Todos los

tipos de trastornos disociativos tienden a remitir después de pocas semanas o meses, especialmente si su comienzo está asociado con un suceso vital traumático. Si el inicio se asocia con problemas insolubles o dificultades interpersonales, puede desarrollarse trastornos más crónicos, especialmente parálisis y anestias. Anteriormente estos trastornos se clasificaban en diversos tipos de “histeria de conversión”. Se cree que son de origen psicógeno y que se asocian estrechamente con sucesos traumáticos, con problemas insolubles e intolerables o con perturbaciones de las relaciones. A menudo los síntomas representan el concepto que el paciente tiene de las formas de manifestación de una enfermedad física. El examen médico y los estudios no revelan ningún trastorno físico ni neurológico. Además, hay evidencias de que la pérdida de la función es expresión de conflictos o de necesidades emocionales. Los síntomas pueden desarrollarse en estrecha asociación con el estrés psicológico, y a menudo son de aparición brusca. Están incluidos aquí sólo los trastornos de las funciones físicas que se hallan normalmente bajo control voluntario y la pérdida de las sensaciones. Los trastornos que implican dolor y otras sensaciones físicas complejas, mediadas por el sistema nervioso autónomo, se clasifican como trastornos de somatización (F45.0). Debe tenerse en mente siempre la posibilidad de una aparición posterior de trastornos físicos o psiquiátricos graves.

Incluye: Histeria

Histeria de conversión

Psicosis histérica

Reacción de conversión

Ataque de nervios (ver Síndromes Culturales Latinoamericanos)

Excluye: Simulación consciente [enfermo simulador] (Z76.5)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

G1. No se halla presente ninguna patología orgánica que justifique los síntomas del trastorno (aunque pueden estar presentes trastornos orgánicos que den lugar a otros síntomas).

G2. Evidencia de una génesis psicológica de los síntomas, en forma de asociación temporal estrecha con acontecimientos o problemas estresantes (a menudo alteración en las relaciones personales).

### **Anotación Latinoamericana**

Siguiendo el ejemplo del Glosario Cubano de Psiquiatría, la GLADP ha incluido en esta categoría al Ataque de nervios, pero su descripción completa se presenta en la Sección de Síndromes Culturales Latinoamericanos (ver).

### **F44.0 Amnesia disociativa**

Su principal característica es la pérdida de la memoria, habitualmente de sucesos importantes recientes, que no se debe a un trastorno mental orgánico, pero que es demasiado importante como para que pudiera ser explicada por olvido o fatiga comunes. La amnesia se centra habitualmente en sucesos traumáticos, tales como accidentes o duelos inesperados, y por lo general es parcial y selectiva. Es rara la amnesia completa y generalizada, la cual habitualmente forma parte de una fuga disociativa

(F44.1). Si es así, debe clasificarse como tal. No debe hacerse este diagnóstico si hay un trastorno cerebral orgánico, una intoxicación o fatiga excesiva.

Excluye: Amnesia anterógrada (R41.1)

Amnesia postictal en la epilepsia (G40.-)

Amnesia retrógrada (R41.2)

Amnesia sin especificación (R41.3)

Síndrome amnésico orgánico no alcohólico (F04)

Trastorno amnésico alcohólico o inducido por drogas (F10-F19 con cuarto carácter común .6)

*Criterio de Investigación*

- A. Se satisfacen los criterios generales del trastorno disociativo (F44).
- B. Amnesia, parcial o completa, para acontecimientos o problemas recientes que fueron o siguen siendo traumáticos o estresantes.
- C. La amnesia es demasiado importante y persistente para ser explicada como un olvido habitual (aunque su profundidad y extensión pueden variar de una a otra evaluación), o por una simulación intencionada.

**F44.1** Fuga disociativa

La fuga disociativa tiene todas las características de la amnesia disociativa más el propósito de escapar de la realidad cotidiana. Aunque hay amnesia del período de fuga, el comportamiento del paciente durante el mismo puede parecer completamente normal para los observadores no informados.

Excluye: Fuga postictal en la epilepsia (G40.-)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Se satisfacen los criterios generales del trastorno disociativo (F44).
- B. Se ha llevado a cabo un viaje lejos de casa o del lugar de trabajo y actividades sociales, realizado de forma inesperada pero de un modo bien organizado, durante el cual se mantiene un correcto cuidado de sí mismo.
- C. Amnesia del viaje, de forma parcial o completa y que satisface la pauta C para amnesia disociativa (F44.0)

**F44.2** Estupor disociativo

El estupor disociativo se diagnostica sobre la base de una disminución profunda o ausencia de movimiento voluntario y de respuesta normal a estímulos externos como la luz, el ruido o el tacto, en tanto que el examen médico y los análisis de laboratorio no revelan evidencia de causa física alguna. Además, hay evidencia positiva de la causalidad psicógena del trastorno a partir de sucesos o problemas estresantes recientes.

Excluye: Estupor:

- sin especificación (R40.1)
- catatónico (F20.2)

- depresivo (F31-F33)
- maníaco (F30.2)

Trastorno catatónico orgánico (F06.1)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Se satisfacen los criterios generales del trastorno disociativo (F44).
- B. Disminución o ausencia de movimientos voluntarios y del habla, así como de la respuesta normal a la luz, al ruido y al ser tocado.
- D. Se conserva el tono muscular, la postura en reposo y los movimientos de la respiración normales (y frecuentemente de los movimientos coordinados de los ojos).

**F44.3** Trastornos de trance y de posesión

Trastornos en los cuales hay una pérdida temporal del sentido de identidad personal y de la plena conciencia del entorno. Debe incluirse aquí sólo estados de trance involuntarios o no deseados y que tienen lugar fuera de situaciones religiosas o culturalmente aceptadas.

Excluye: Estados asociados con:

- esquizofrenia (F20.-)
- intoxicación con sustancia psicoactiva (F10-F19, con cuarto carácter común .0)
- síndrome postconcusional (F07.2)
- trastorno orgánico de la personalidad (F07.0)
- trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23.-)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. El criterio general para trastorno disociativo (F44) debe cumplirse.
- B. Algunos de los siguientes síntomas debe cumplirse:
  - 1) Trastorno de trance: Presencia de una alteración transitoria de la conciencia, puesta de manifiesto por:
    - a) Pérdida del sentido de la identidad personal.
    - b) Estrechamiento del campo de la conciencia, respecto al entorno inmediato del sujeto o marcada reducción, selección y focalización de la misma a algunos estímulos concretos del entorno del sujeto.
    - c) Limitación de movimientos, posturas y habla a la repetición de un repertorio limitado.
  - 2) Trastorno de posesión: El individuo está convencido de ser poseído por un espíritu, poder, deidad u otra persona.
- C. Ambos criterios (1) y (2) deben presentarse de un modo no buscado e incómodo y al margen de o como prolongación de estados similares aparecidos en ceremonias religiosas u otras culturalmente aceptadas.
- D. *Criterio de exclusión más frecuentemente usado:* Los fenómenos no se presentan en el contexto de una esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29) o de un trastorno del humor (afectivo con alucinaciones o ideas delirantes (F30-F39))

**Anotación Latinoamericana**

Este es un trastorno frecuentemente encontrado en la práctica clínica en América Latina, especialmente entre las poblaciones aborígenes. El síndrome cobra especial importancia para clínicos que utilizan el sistema de clasificación norteamericano (DSM-IV, por ejemplo), pues en ese manual no se recoge este diagnóstico como parte de su organización nosológica, sobre la base de que el grupo de trabajo respectivo no encontró datos suficientes de su existencia para superar los umbrales de inclusión, pese a la propuesta inicial de incluirse como parte de los trastornos disociativos en el Libro de Opciones inicial (ver en Bibliografía a Cardeña y Cols., 1996 y Hales, 1998).

**F44.4** Trastornos disociativos del movimiento

Las variedades más comunes de este trastorno consisten en la pérdida de la capacidad de movimiento de la totalidad o de una parte de una o más extremidades. Puede haber un parecido estrecho con casi cualquier variedad de ataxia, apraxia, acinesia, afonía, disartria, discinesia, convulsiones o de parálisis. Incluye: Afonía psicógena

Disfonía psicógena

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Se satisfacen los criterios generales del trastorno disociativo (F44).

B. Alguno de los siguientes síntomas debe cumplirse:

- 1) Pérdida parcial o completa de la capacidad para realizar movimientos que normalmente se encuentran bajo control voluntario (incluyendo el habla).
- 2) Incoordinación, ataxia o incapacidad para permanecer de pie sin ayuda, de gravedad variable.

**Anotación Latinoamericana**

Este y los trastornos de F44 que siguen, son trastornos frecuentes en poblaciones poco “sofisticadas” educacionalmente, tanto en países subdesarrollados como en países altamente industrializados. Se discute si su sitio taxonómico es entre los trastornos disociativos o entre los somatomorfos. En todo caso, tienen una gran importancia clínica. El paciente con frecuencia presenta otros rasgos histriónicos en su carácter y aunque la sintomatología puede ser aparatosa, suele mostrarse en un paciente que no parece experimentar gran incomodidad con la misma. Por eso se ha denominado a esta peculiaridad sintomática “la bella indiferencia”.

**F44.5** Convulsiones disociativas

Las convulsiones disociativas pueden imitar muy estrechamente a los ataques epilépticos en cuanto a los movimientos, pero rara vez el paciente se muerde la lengua, sufre contusiones al caer o presenta incontinencia de orina. No hay pérdida de la conciencia, o ésta es remplazada por un estado de estupor o de trance.

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Se satisfacen los criterios generales del trastorno disociativo (F44)
- B Presencia de movimientos espasmódicos de aparición brusca e inesperada, muy parecidos a cualquiera de las variedades de crisis epilépticas, pero que no se siguen de pérdida de conciencia.
- C. Los síntomas del criterio B no se acompañan de mordedura de lengua, incontinencia urinaria, contusiones o hematomas importantes a consecuencia de la caída.

**Anotación Latinoamericana**

Ver Anotación en F44.4

**F44.6** Anestesia disociativa y pérdida sensorial

Las áreas cutáneas que presentan anestesia tienen evidente relación con las ideas que el paciente tiene de las funciones corporales, antes que con conocimientos médicos. Puede haber pérdidas diferenciales entre las distintas modalidades sensoriales, las cuales no es posible que se deban a lesiones neurológicas. La pérdida sensorial puede acompañarse de quejas de parestesia. La pérdida de la visión y de la audición son raramente totales en los trastornos disociativos.

Incluye: Sordera de origen psicógeno

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Se satisfacen los criterios generales del trastorno disociativo (F44).
- B. Alguno de los siguientes síntomas debe cumplirse:
  - 1) Pérdida completa o parcial de cualquiera de las sensaciones cutáneas normales en toda la superficie corporal o en parte de la misma (especificar: tacto, pinchazo, vibración, frío, calor).
  - 2) Pérdida parcial o completa de la visión, audición u olfato (especificar).

**Anotación Latinoamericana**

Ver Anotación en F44.4

**F44.7** Trastornos disociativos mixtos [y de conversión]

Combinación entre los trastornos descritos en F44.0-F44.6

**Anotación Latinoamericana**

Ver Anotación en F44.4

**F44.8** Otros trastornos disociativos [de conversión]

Incluye: Confusión psicógena

Estado crepuscular psicógeno

Personalidad múltiple

Síndrome de Ganser

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

Este código residual puede utilizarse para anotar otros estados disociativos y de conversión que satisfacen los criterios A y B de F44, pero que no satisfacen los criterios para los trastornos F44.0-F44.7 listados a continuación.

F44.80 Síndrome de Ganser (respuestas aproximadas)

F44.81 Trastorno de personalidad múltiple

- A. Existencia de dos o más personalidades distintas en el mismo individuo, de las cuales sólo una se manifiesta cada vez.
- B. Cada vez una de las personalidades posee sus propios recuerdos, preferencias y comportamiento y periódicamente (y de forma recurrente) controla totalmente el comportamiento de la persona.
- C. Hay una incapacidad para recordar información personal importante que es demasiado extensa como para poder explicarse por un olvido habitual.
- D. Los síntomas no son debidos a trastornos mentales orgánicos (F00-F09) (p.e. en trastornos epilépticos) o trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. (F10-F19) (p.e. intoxicación o abstinencia).

**Anotación Latinoamericana**

El síndrome de Ganser fue descrito originalmente por el psiquiatra alemán Sigbert Ganser en 1898 en 3 prisioneros y lo describió como un episodio psicótico florido, de corta duración, con amnesia retrógrada y de naturaleza histérica. Más adelante, el término se empleó para describir a individuos que simulan un cuadro psicótico o cuando se presenta un trastorno disociativo en un ambiente forense. Cuatro son sus síntomas más característicos:

- a) Respuestas aproximadas (paralogia, *vorbeireden*). El individuo afectado por este trastorno típicamente ofrece respuestas aproximadas a las preguntas que se le formulan; por ejemplo, si se le pregunta ¿Cuántas patas tiene un caballo? Responderá 3. Aunque la respuesta es sólo cercana a la correcta y puede parecer absurda, indica un claro entendimiento de la pregunta formulada.
- b) Enturbiamiento de la conciencia. Se manifiesta típicamente por inatención y somnolencia.
- c) Síntomas de conversión somática (p.ej., parálisis de naturaleza histérica).
- d) Alucinaciones.

Otras características frecuentemente observadas en este cuadro pueden serlo: 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, alcoholismo, los traumatismos craneanos, la epilepsia, los accidentes vasculares cerebrales y la infección intracraneana. La mayoría de los pacientes presentan una personalidad comórbida de tipo histriónica o antisocial. El DSM-IV lo clasifica como un trastorno disociativo. La frecuencia de este trastorno es muy baja internacionalmente. Aproximadamente el 80% de los pacientes afectados son del género masculino y tiende a ser más común en adolescentes o adul-

tos jóvenes, aunque se ha descrito en todos los grupos de edad. Es más probable encontrarle en ambientes forenses, en circunstancias de marcado estrés psicosocial.

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

F44.88 Otro trastorno disociativo (conversión) específico

No se ofrecen criterios de investigación específicos de los trastornos mencionados más arriba, dado que estos estados disociativos son raros y mal conocidos. Los investigadores que deseen estudiar estos trastornos en detalle deberán especificar sus propios criterios en función de los objetivos de su trabajo.

### **Anotación Latinoamericana**

Ver Anotación en F44.4

**F44.9** Trastorno disociativo (de conversión) no especificado

### **F45 Trastornos somatomorfos**

La característica principal es la presentación repetida de síntomas somáticos junto con solicitudes persistentes de exámenes médicos, a pesar de que los hallazgos sean repetidamente negativos y de que los médicos hayan reafirmado que los síntomas no tienen fundamentos físicos. Si es que existen algunos trastornos físicos, éstos no llegan a explicar la naturaleza ni la magnitud de los síntomas ni la aflicción y la preocupación del paciente.

Excluye: Ceceo (F80.8)

Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos (F52.-)

Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otra parte (F54)

Arrancado de cabellos (F98.4)

Lambdacismo (lalación) (F80.0)

Onicofagia (F98.8)

Síndrome de la Tourette (F95.2)

Succión del pulgar (F98.8)

Tics (en la niñez y en la adolescencia) (F95.-)

Trastornos disociativos (F44.-)

Tricotilomanía (F63.3)

**F45.0** Trastorno de somatización

Sus principales características son los síntomas físicos múltiples, recurrentes y cambiantes, que duran por lo menos dos años. La mayoría de los pacientes ha tenido una larga y complicada historia de

contactos con los servicios de atención médica primaria y especializada, durante la cual pueden haber sido realizados muchos análisis negativos de laboratorio o exploraciones infructuosas. Los síntomas pueden referirse a cualquier parte o sistema corporal. La evolución del trastorno es crónica y fluctuante, y a menudo se asocia con una alteración del comportamiento social, interpersonal y familiar. Las formas sintomáticas de corta duración (de menos de dos años) y menos llamativas, deben clasificarse como trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1).

Incluye: Trastorno psicósomático múltiple

Excluye: Simulación consciente [enfermo simulador] (Z76.5)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Antecedentes de al menos dos años de evolución de quejas relativas a síntomas somáticos múltiples y variables, los cuales no pueden ser explicados por trastornos orgánicos objetivables. Cualquiera de los trastornos orgánicos que pudieran estar presentes no explica la gravedad, difusión, variedad y persistencia de las quejas o de la invalidez social consecuente. Si están presentes algunos síntomas claramente debidos a una hiperactividad vegetativa, éstos no llegan a ser una característica destacada del trastorno, en el sentido de que no son especialmente persistentes o molestos.
- B. La preocupación por los síntomas causa un malestar constante y lleva al enfermo a la búsqueda de reiteradas (tres o más) consultas y chequeos, en los dispositivos de asistencia primaria o en los de las diversas especialidades. Si el enfermo no tiene a su alcance servicios médicos (por motivos de accesibilidad o económicos), recurre a la automedicación continuada o a múltiples consultas con curanderos u otro personal paramédico.
- C. Existe un rechazo continuado por parte del sujeto a aceptar las aclaraciones de los médicos de que no existe una causa orgánica que explique los síntomas somáticos, excepto durante o inmediatamente después de los chequeos y por cortos períodos de tiempo, que nunca exceden las pocas semanas.
- D. Presencia de un total de seis o más síntomas de la lista siguiente, los cuales deben pertenecer por lo menos a dos de los grupos:

*Síntomas gastrointestinales*

- 1) Dolor abdominal.
- 2) Náuseas.
- 3) Sensaciones de plenitud abdominal o de meteorismo.
- 4) Mal sabor de boca o lengua saburral.
- 5) Quejas de vómito o regurgitación de alimentos
- 6) Quejas de tránsito intestinal rápido o diarreas mucosas o líquidas.

*Síntomas cardiovasculares*

- 7) Falta de aliento aun sin haber hecho esfuerzos
- 8) Dolor torácico.

*Síntomas urogenitales*

- 9) Disuria o quejas de micción frecuente.
- 10) Sensaciones desagradables en o alrededor de los genitales
- 11) Quejas de flujo vaginal excesivo o desacostumbrado

*Síntomas Cutáneos y dolor*

- 12) Quejas de erupciones o decoloración de la piel.
- 13) Dolor en los miembros, extremidades o articulaciones.
- 14) Sensaciones desagradables de falta de tacto o parestesias (quedarse dormido un miembro).

E. *Criterios de exclusión más frecuentemente usados*: Los síntomas no se presentan en el curso de una esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29), o de cualquiera de los trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) ni son debidos a un trastorno de pánico (ver F41.0).

**Anotación Latinoamericana**

Este es un trastorno muy frecuente en la población latinoamericana y ha sido descrito en la literatura “occidental” particularmente en poblaciones de Puerto Rico. Estos pacientes imponen con frecuencia una carga financiera de importancia a los sistemas de salud pública por su tendencia a expresar sus conflictos emocionales a través de síntomas somáticos. Los órganos “foco” pueden variar de población en población y los clínicos deben ajustar estos criterios a las características particulares de la población local. Si la fuente básica del trastorno no se identifica y se atiende de acuerdo con las perspectivas de causalidad del paciente, es frecuente que éste se sienta defraudado por el sistema de salud y busque ayuda entre curanderos, chamanes u otros practicantes de medicina alternativa.

**F45.1** Trastorno somatomorfo indiferenciado

Este diagnóstico debe ser considerado cuando las quejas somatomorfos son múltiples, variadas y persistentes, pero sin llegar a configurar el cuadro clínico característico de la somatización.

Incluye: Trastorno psicossomático 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 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 a 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 delirante)

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 propone que todo paciente que se presente con un cuadro bien fundamentado de trastornos dismórfico corporal sea codificado como parte de F22.8, *Otros trastornos delirantes (delusivos) persistentes (prolongados)*.

### F45.3 Disfunción autonómica somatomorfa

El paciente presenta los síntomas como si fueran debidos a un trastorno físico de un sistema o de un órgano, que se halla mayoritaria o totalmente inervado y bajo control por el sistema nervioso autónomo, es decir, los sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratorio y urogenital. Habitualmente los síntomas son de dos tipos, ninguno de los cuales indica que haya un trastorno físico del órgano o del sistema afectado. En primer lugar, hay quejas que se basan en los signos objetivos de la excitación del sistema nervioso autónomo, tales como palpitaciones, sudoración, rubor, temblor y manifestación de temor y de angustia por la posibilidad de sufrir un trastorno físico. En segundo lugar, hay quejas subjetivas de naturaleza inespecífica o cambiante, sobre dolores transitorios, sensaciones de ardor, pesadez, tirantez y sensación de estar hinchado o distendido, las cuales se refieren a un órgano o sistema específico.

Incluye: Astenia neurocirculatoria

Formas psicógenas de:

- aerofagia
- diarrea
- dispepsia
- disuria
- flatulencia
- hiperventilación
- hipo
- píloro-espasmo
- poliaquiuria
- síndrome de colon irritable
- tos

Neurosis cardíaca

Neurosis gástrica

Síndrome de Da Costa

Excluye: Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificadas 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 de los síntomas.

- |        |  |
|--------|--|
| F45.30 | Corazón y sistema cardiovascular<br>(Incluye: neurosis cardíaca, astenia neurocirculatoria, síndrome de Da Costa.) |
| F45.31 | Tracto gastrointestinal alto<br>(Incluye: aerofagia psicógena, hipo, neurosis gástrica).                           |
| F45.32 | Tracto gastrointestinal bajo<br>(Incluye: síndrome del colon irritable psicógeno, diarrea psicógena, flatulencia). |
| F45.33 | Sistema respiratorio<br>(Incluye: hiperventilación).   |
| F45.34 | Sistema urogenital<br>(Incluye: aumento psicógeno de la frecuencia de micción y disuria).                          |
| F45.38 | Otros órganos o sistemas.  |

#### **F45.4** Trastorno de dolor persistente somatomorfo

La queja principal se refiere a un dolor persistente, grave y angustiante, que no puede ser totalmente explicado por un proceso fisiológico, ni por un trastorno físico, y que se produce en asociación con conflictos emocionales o con problemas psicosociales suficientes como para concluir que son los principales factores causales. Habitualmente el resultado es un notorio aumento del apoyo y de la atención, tanto personal, como de los médicos. No debe incluirse aquí el dolor que se presume de origen psicógeno y que ocurre durante la evolución de trastornos depresivos o de una esquizofrenia

Incluye: Cefalea psicógena

Dolor de espalda psicógeno

Psicalgia

Trastorno doloroso somatomorfo

Excluye: Cefalea debida a tensión (G44.2)

Dolor:

- sin especificación (R52.9)
- agudo (R52.0)
- crónico (R52.2)
- crónico intratable (R52.1)
- dolor de espalda sin especificación (M54.9)

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Presencia de dolor continuo (durante seis meses o más, la mayoría de los días), grave y molesto, en cualquier parte del cuerpo, el cual no puede ser explicado de forma adecuada por un proceso fisiológico o un trastorno somático, y que es de forma consistente el foco principal de la atención del enfermo.
- B. *Criterio de exclusión más frecuentemente usado:* No existe una esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29) y no se presenta únicamente durante cualquiera de los trastornos del humor (afectivos) (F30-F39), trastorno de somatización (F45.0), trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1) o trastorno hipocondríaco (F45.2).

#### **F45.8** Otros trastornos somatomorfos

Cualquier otro trastorno de la sensación, de la función y del comportamiento, no debido a trastornos físicos, ni en el que intervenga el sistema nervioso autónomo, que se circunscriba a determinados sistemas o partes del cuerpo y que se halle en estrecha asociación temporal con sucesos o problemas estresantes.

Incluye: Disfagia psicógena, incluyendo el “globus hystericus”

Dismenorrea psicógena

Prurito psicógeno

Rechinamiento de dientes (bruxismo)

Tortícolis

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

En estos trastornos los síntomas no están mediados por el sistema nervioso vegetativo y se limitan a sistemas o a partes del cuerpo específicos, como la piel. Esto contrasta con la presencia de quejas frecuentes y cambiantes sobre el origen de los síntomas y del malestar del trastorno de somatización (F45.0) y del trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1). No existe lesión tisular.

Se deben clasificar aquí, aquellos trastornos de la sensibilidad carentes de base somática, que estén estrechamente relacionados en el tiempo con problemas o acontecimientos o que dan lugar a un aumento significativo de la atención que recibe el enfermo del médico o de otras personas.

**F45.9** Trastorno somatomorfo no especificado

Incluye: Trastorno psicósomático sin especificación

**F48 Otros trastornos neuróticos****F48.0** Neurastenia

En las formas de presentación de este trastorno inciden las grandes diferencias culturales.

Existen dos tipos, entre los cuales se da una superposición considerable. En un tipo, el rasgo principal es la queja de un aumento de la fatigabilidad después del esfuerzo mental, que se asocia a menudo con cierta disminución en el desempeño ocupacional y en la eficiencia para cumplir con las tareas cotidianas. La fatigabilidad mental se describe típicamente como una intromisión desagradable de asociaciones y recuerdos distractores, dificultad de concentración y como un pensamiento ineficiente, en general. En el otro tipo, el énfasis está puesto en los sentimientos de debilidad física o del cuerpo y en el agotamiento, posterior al esfuerzo mínimo, que se acompañan de una sensación de dolor muscular y de incapacidad para relajarse. En ambos tipos es frecuente una diversidad de otras sensaciones físicas desagradables, tales como el vértigo, las cefaleas tensionales y las sensaciones de inestabilidad general. Son frecuentes también las preocupaciones por la posible disminución del bienestar mental y físico, la irritabilidad, la anhedonia y grados variables de depresión y ansiedad. El sueño se halla a menudo perturbado en sus fases inicial e intermedia, pero puede haber también una importante hipersomnía.

Incluye: Síndrome de fatiga

Use código adicional si desea identificar la enfermedad física previa.

Excluye: Astenia sin especificación (R53)

Consumisión (Z73 .0)

Malestar y fatiga (R53)

Psicastenia (F48.8)

Síndrome de fatiga postviral (G93.3)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Alguna de las siguientes deben estar presentes:

- 1) Continuas y molestas quejas de cansancio físico o mental tras realizar, o al intentar realizar, tareas cotidianas que no requieren un esfuerzo mental extraordinario.
  - 2) Continuas y molestas quejas de cansancio y debilidad física (de estar agotado), tras esfuerzos físicos normales o incluso mínimos.
- B. Presencia de al menos dos de los siguientes;
- 1) Sensaciones de dolor muscular.
  - 2) Mareo.
  - 3) Cefaleas de tensión.
  - 4) Trastornos del sueño.
  - 5) Incapacidad para relajarse.
  - 6) Irritabilidad.
- C. El paciente es incapaz de recuperarse del cansancio referido en (1) o (2), tras períodos normales de descanso, relajación o distensión.
- D. La duración de este trastorno es de al menos tres meses
- E. *Criterio de exclusiones más frecuentes usado.* El trastorno no se presenta en el contexto de labilidad emocional orgánica (F06.6), síndrome postencefálico (F07.1), síndrome postconcusional (F07.2), trastornos del humor (afectivos) (F30 -F39) trastorno de pánico (F41.0) o trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)

### Anotación Latinoamericana

La GLADP propone que aquellos clínicos que deseen formular el diagnóstico de Neurosis neurasténica hagan uso de la frase calificativa “con desarrollo neurótico”, ejemplos:

F48.0, Neurosis neurasténica.

F48.0, Neurastenia (o Síndrome neurasténico) con desarrollo neurótico.

En la región latinoamericana, entre los síntomas más frecuentemente encontrados se hallan las dificultades sexuales, la distractibilidad y “los fallos de memoria”, así como dolor en la región de la nuca.

En los pacientes en los que el síndrome neurasténico esté claramente asociado a un exceso de estrés, el diagnóstico debiera ser F43.28, Trastorno de adaptación neurasteniforme.

### F48.1 Síndrome de despersonalización-desrealización

Trastorno raro en el cual el paciente se queja espontáneamente de cambios cualitativos en su actividad mental, su cuerpo y su entorno, de tal manera que éstos se han tornado irreales, remotos o automatizados. Entre los diversos fenómenos que se presentan, los más frecuentes son las quejas acerca de la pérdida de las emociones y sensaciones de alejamiento y de desvinculación de su pensamiento, de su cuerpo o del entorno. A pesar de la dramática naturaleza de esta experiencia, el paciente esta consciente de que el cambio no es real. El sensorio es normal y se conserva la capacidad de expresión

de las emociones. Los síntomas de despersonalización y desvinculación de la realidad pueden darse como parte de un trastorno esquizofrénico, depresivo, fóbico u obsesivo-compulsivo. En estos casos, debe preferirse el diagnóstico del trastorno principal.

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Alguna de las siguientes deben darse.

- 1) Despersonalización: El enfermo se queja de que sus emociones, sentimientos o vivencia de sí mismo son distantes, extraños, ajenos o desagradablemente ausentes o que siente sus emociones o movimientos como si pertenecieran a otra persona, o que se siente como si estuviese actuando en una representación.
- 2) Desrealización: El enfermo se queja de que el entorno u objetos concretos parecen extraños, distorsionados, aplanados, descoloridos, sin vida, monótonos, aburridos o como en un escenario en el cual todo el mundo representara algo.

B. No hay pérdida de la introspección, en el sentido de que el enfermo se da cuenta de que el cambio tiene lugar en sí mismo y no es impuesto desde el exterior por otras personas o fuerzas.

**F48.8** Otros trastornos neuróticos especificados

Incluye: Neurosis ocupacional, incluyendo el calambre del escritor

Neurosis psicasténica

Psicastenia

Síncope psicógeno

Síndrome de Dhat

Trastorno de Briquet

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

En esta categoría se incluyen trastornos del comportamiento, creencias y emociones que son de etiología y nosología no clara, 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.

**F48.9** Trastorno neurótico no especificado

Incluye: Neurosis sin especificación

# Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (F50-F59)

## ÍNDICE DE ESTA SECCIÓN

Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
<b>F50</b>	Trastornos de la ingestión de alimentos	F52.2	Falla de la respuesta genital
F50.0	Anorexia nerviosa	F52.3	Disfunción orgásmica
F50.1	Anorexia nerviosa atípica	F52.4	Eyacuación precoz
F50.2	Bulimia nerviosa	F52.5	Vaginismo no orgánico
F50.3	Bulimia nerviosa atípica	F52.6	Dispaurenia no orgánica
F50.4	Hiperfagia asociada con otras alteraciones psicológicas	F52.7	Impulso sexual excesivo
F50.5	Vómitos asociados con otras alteraciones psicológicas	F52.8	Otras disfunciones sexuales, no ocasionadas por trastorno ni enfermedad orgánicos
F50.8	Otros trastornos de la ingestión de alimentos	F52.9	Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos, no especificada
F50.9	Trastorno de la ingestión de alimentos, no especificado		
<b>F51</b>	Trastornos no orgánicos del sueño	<b>F53</b>	Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte
F51.0	Insomnio no orgánico	F53.0	Trastornos mentales y del comportamiento leves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte
F51.1	Hipersomnio no orgánico	F53.1	Trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte
F51.2	Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia	F53.8	Otros trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte
F51.3	Sonambulismo	F53.9	Trastorno mental puerperal, no especificado
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		
<b>F52</b>	Disfunción sexual, no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos	<b>F54</b>	Factores psicológicos y del comportamiento, asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otra parte
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		

Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
<b>F55</b>	Abuso de sustancias que no producen dependencia
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>	Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos, no especificados

## 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 de la especie como un todo, tales como la alimentación, el sueño y la función sexual. Incluye una categoría central en la interfase entre la salud mental y la salud física, F54, utilizada para denotar aquellas circunstancias en que presentando el paciente claros síntomas y signos de enfermedad somática, la evaluación clínica comprensiva permite concluir que los factores psicológicos y contextuales del paciente juegan un papel importante en su causalidad, en su manifestación o en su curso. Puesto que la evidencia claramente demuestra que la atención a los factores psicológicos implicados en la enfermedad física mejoran considerablemente su pronóstico, esta categoría diagnóstica es de importancia particular para ofrecer al paciente un enfoque terapéutico más completo y más efectivo, no sólo para recuperar su salud, sino también para evitar complicaciones mayores y para promover una mejor calidad de vida.

### F50 Trastornos de la ingestión de alimentos

Excluye: Anorexia sin especificación (R63.0)

Dificultades y mala administración de la alimentación (R63.3)

Polifagia (R63.2)

Trastornos de la ingestión alimentaria en la infancia y la niñez (F98.2)

### Anotación Latinoamericana

La GLADP propone que esta categoría general de 3 caracteres incluya a todos los trastornos alimentarios de clara base psicógena, con las excepciones previamente apuntadas. Por eso, es recomendable denominarla Trastornos psicógeno de la ingestión de alimentos, para diferenciarla de otros trastornos alimentarios de base física y que concierne a especialidades médicas no psiquiátricas.

### F50.0 Anorexia nerviosa

Es un trastorno caracterizado por pérdida de peso intencional, inducida y mantenida por el paciente. Se presenta habitualmente en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque puede afectar también a muchachos adolescentes y a hombres jóvenes, al igual que a niños que se acercan a la pubertad y a mujeres mayores, hasta la menopausia. El trastorno se asocia con una psicopatología específica en la cual se mantiene, como idea recurrente y sobrevalorada, un temor a la obesidad y a la flaccidez de la silueta corporal, por lo que el paciente se autoimpone un umbral inapropiadamente bajo de peso corporal. Habitualmente hay desnutrición de gravedad variable, con alteraciones endocrinas y metabólicas secundarias y con perturbaciones de las funciones corporales. Entre los síntomas se cuentan la elección de una dieta restringida, el ejercicio excesivo, el vómito y las purgas inducidas, así como el uso de anorexígenos y diuréticos.

Excluye: Pérdida del apetito (R63.0)

Pérdida del apetito de origen psicógeno (F50.8)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Pérdida de peso, o falta de ganancia de peso en los niños, que conduce a un peso corporal de al menos 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y talla correspondiente.
- B. La pérdida de peso es autoinducida mediante la evitación de alimentos “que engordan”.
- C. Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que el paciente se impone un umbral bajo de peso corporal.
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenales puesto de manifiesto en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, la forma más frecuente de la cual es la toma de píldoras contraceptivas).
- E. No cumple los criterios A y B de bulimia nerviosa (F50.2).

**F50.1** Anorexia nerviosa atípica

Trastorno que reúne algunas de las características de la anorexia nerviosa pero en el cual el cuadro clínico general no justifica ese diagnóstico. Por ejemplo, uno de los síntomas claves, tal como el marcado miedo a la obesidad o la amenorrea, puede estar ausente, en presencia de una pérdida considerable de peso y un comportamiento encaminado hacia la misma. Este diagnóstico no debe hacerse en presencia de trastornos físicos conocidos asociados con pérdida de peso.

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

Se recomienda a los investigadores de las formas atípicas de anorexia y bulimia nerviosa que decidan el número y tipo de criterios a satisfacer por dichos trastornos.

**F50.2** Bulimia nerviosa

Un síndrome que se caracteriza por accesos repetitivos de hiperingestión de alimentos y por una preocupación excesiva por el control del peso corporal, que lleva al paciente a practicar una hiperingestión alimentaria seguida de vómitos y uso de purgantes. Este trastorno comparte muchas características comunes con la anorexia nerviosa, incluido el excesivo interés en la apariencia personal y el peso. El vómito repetitivo puede dar origen a trastornos electrolíticos y a complicaciones físicas. A menudo, pero no siempre, hay antecedentes de un episodio anterior de anorexia nerviosa, con un intervalo que varía de pocos meses a varios años.

Incluye: Bulimia sin especificación

Hiperorexia nerviosa

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Episodios frecuentes de hiperfagia (no menos de dos veces a la semana durante un período de 3 meses) en los que el paciente consume grandes cantidades de alimentos en períodos prolongados de tiempo.
- B. Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer.
- C. El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso mediante uno o más de los síntomas siguientes:
  - 1) Vómito auto-provocado.
  - 2) Abuso de laxantes
  - 3) Períodos de ayuno.
  - 4) Consumo de fármacos tales como supresores del apetito (anorexígenos), extractos tiroideos o diuréticos. Si la bulimia se presenta en un enfermo diabético, este puede abandonar su tratamiento con insulina.
- D. Autopercepción de estar demasiado obeso junto a ideas intrusivas de obesidad (que a menudo conducen a un déficit de peso).

### **F50.3** Bulimia nerviosa atípica

Trastorno que reúne alguna de las características de la bulimia nerviosa pero en el cual el cuadro clínico general no justifica ese diagnóstico. Por ejemplo, pueden presentarse accesos repetitivos de hiperingestión de alimentos y uso excesivo de purgantes sin cambios significativos del peso, y puede no existir el típico excesivo interés por la apariencia corporal y el peso.

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

Para el estudio de las formas atípicas de bulimia nerviosa, como aquellas que se acompañan de un peso anormal o excesivo, se recomienda a los investigadores que decidan el número y tipo de criterios que se deben cumplir.

Ver F50.1 Anorexia nerviosa atípica.

### **F50.4** Hiperfagia asociada con otras alteraciones psicológicas

Hiperingestión de alimentos debida a acontecimientos angustiantes, tales como duelos, accidentes, nacimientos, etc.

Incluye: Hiperfagia psicógena.

Excluye: Obesidad (E66.-)

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

Los investigadores que quieren recurrir a esta categoría deben definir sus propios criterios.

### **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 ingestión de alimentos

Incluye: Pérdida de origen psicógeno del apetito

Pica en adultos

Excluye: Pica de la infancia y la niñez (F98.3)

#### **F50.9** Trastorno en la ingestión de alimentos, no especificado

#### **F51 Trastornos no orgánicos del sueño**

En muchos casos, un trastorno del sueño es uno de los síntomas de otra afección, tanto física, como mental. Si un trastorno del sueño en un paciente dado es una afección independiente o es simplemente uno de los síntomas de una enfermedad clasificada en este capítulo o en otro, se determina basándose en su forma y evolución clínicas, así como también tomando en cuenta las consideraciones y prioridades terapéuticas en el momento de la consulta. Por lo general, si el trastorno del sueño es una de las quejas principales y es percibido como una afección en sí, este código debe ser utilizado en conjunto con los demás diagnósticos correspondientes, que describen la psicopatología y la fisiopatología implicadas en cada caso. Esta categoría incluye sólo aquellos trastornos del sueño en los que se considera que los factores primarios son las causas emocionales y que no se deben a afecciones físicas identificables clasificadas en otra parte.

Excluye: Trastornos del sueño de origen orgánico (G47.-)

#### **F51.0** Insomnio no orgánico

Afección que se caracteriza por una cantidad o una calidad insatisfactoria del sueño, que persiste por un período considerable. Comprende dificultades para la conciliación del sueño y para mantenerse dormido, así como un despertar precoz en la fase final del sueño. Es un síntoma habitual de muchas afecciones mentales y físicas, y debe ser clasificado aquí, además del trastorno de base, sólo si es lo que predomina en el cuadro clínico.

Excluye: Insomnio de origen orgánico (p. ej., G47.0)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Las quejas de trastorno del sueño se manifiestan en forma de dificultad para conciliarlo o para mantenerlo, o bien de sueño poco reparador.

- B. Las quejas de trastorno del sueño se presentan por lo menos tres veces por semana durante por lo menos un mes.
- C. La no satisfactoria cantidad o calidad del sueño es causa de marcado malestar o interfiere con las actividades sociales y laborales.
- D. Ausencia de causa orgánica conocida, ya sea de tipo neurológico, médico o por consumo de medicamentos o de sustancias psicoactivas.

#### **F.51.1** Hipersomnio no orgánico

El hipersomnio se define como un trastorno caracterizado, bien por somnolencia excesiva durante el día y por accesos de sueño (no atribuibles a una cantidad inadecuada de sueño), o bien por transiciones prolongadas al estado de vigilia completa, al despertar. En ausencia de un factor orgánico que explique el hipersomnio, éste se asocia habitualmente con trastornos mentales.

Excluye: Hipersomnio de origen orgánico (G47.1)

Narcolepsia (G47.4)

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Queja de excesiva somnolencia diurna o ataques de sueño no debidos a una cantidad insuficiente de sueño o transición prolongada desde el momento del despertar al estado de vigilia completo. (Borrachera de sueño).
- B. El trastorno del sueño se presenta diariamente durante más de un mes o durante períodos más cortos pero de forma recurrente, y es causa de marcado malestar o bien interfiere con las actividades sociales o laborales.
- C. Ausencia de síntomas secundarios de narcolepsia (cataplegia, 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 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, por ejemplo demencia o de un trastorno somático, por ejemplo epilepsia.

**Anotación Latinoamericana**

La GLADP 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 impli-

can 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 interpreta el criterio D como “las pesadillas no pueden ser mejor explicadas por la presencia de un trastorno mental más amplio, como F43.1, Trastorno de estrés postraumático, ni por el consumo de sustancias psicoactivas.”

#### **F51.8** Otros trastornos no orgánicos del sueño, especificados

#### **Anotación Latinoamericana**

La GLADP sugiere codificar aquí el Trastorno de conducta del sueño MOR, un trastorno clínicamente parecido al terror del sueño, pero que puede diferenciarse de aquel por la mayor susceptibilidad del individuo a recordar el contenido de sus sueños en el momento de ser despertado y por una mayor facilidad para ser consolado y despertado durante el episodio. Contrario al terror del sueño, el trastorno de conducta del sueño MOR ocurre durante el período de movimientos oculares rápidos del sueño. Cuando se dispone de ello, un estudio polisomnográfico puede permitir el diagnóstico diferencial adecuado.

#### **F51.9** Trastorno no orgánico del sueño, no especificado

Incluye: Trastorno emocional del sueño sin especificación

## **F52 Disfunción sexual, no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos**

La disfunción sexual abarca las diversas maneras por las cuales una persona es incapaz de participar en una relación sexual como lo hubiera deseado. La respuesta sexual es un proceso psicossomático y tanto el aspecto psicológico como el somático están implicados en la generación de la disfunción sexual.

Excluye: Síndrome de Dhat (F48.8)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

G1. El individuo es incapaz de participar en una relación sexual, tal y como sería su deseo.

G2. La disfunción se presenta frecuentemente, pero puede no ocurrir en algunas ocasiones.

G3. La disfunción ha estado presente más de seis meses.

G4. El trastorno no puede ser atribuido en su totalidad a otro trastorno mental no orgánico de la CIE-10. Tampoco es consecuencia de otro trastorno mental orgánico o endocrinológico, ni secundario a tratamientos farmacológicos o a otros factores orgánicos.

### **Anotación Latinoamericana**

Respecto de la definición general de disfunción sexual, la GLADP propone que la respuesta sexual es un proceso psicofisiológico más que psicossomático. Este manual sugiere también que el criterio G1 de investigación sea interpretado tomando en cuenta que el concepto de la incapacidad del individuo de participar en una relación sexual obedece a diversas variables y que los factores socioculturales establecen la norma. El criterio más actualizado prima el concepto de satisfacción sexual, el cual es estrictamente personal y puede variar según diversas circunstancias, tales como las condiciones ambientales, el tiempo del día y la condición física y psicológica de la pareja. Se recomienda tomar en cuenta, al formular estos diagnósticos, que el concepto de salud sexual, definido en 1974 por la Organización Mundial de la Salud, se encuentra actualmente en revisión por la Organización Panamericana de la Salud, la Asociación Mundial de Sexualidad y la Asociación Mundial de Psiquiatría.

Respecto del criterio G2 se recomienda que el concepto de “frecuentemente” sea interpretado tomando en cuenta que las disfunciones sexuales pueden presentarse de muy diversas maneras en tiempo y frecuencia. Generalmente, puede establecerse una línea continua que comienza de manera lenta y progresiva, en un extremo, hasta el comienzo brusco y súbito, que generalmente es consecuencia de un episodio traumático, en el otro.

### **F52.0 Falta o pérdida del deseo sexual**

La pérdida del deseo sexual es el problema principal y no es secundaria a otras dificultades sexuales, como la falta de erección o la dispareunia.

Incluye: Frigidez

Trastorno hipoactivo del deseo sexual

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Deben satisfacerse los criterios generales de la disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos (F52).
- B. Ausencia o pérdida del deseo sexual, puesto 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. Interés en iniciar relaciones sexuales con la pareja o masturbaciones con una frecuencia de *menos de dos veces al mes* o con una frecuencia claramente reducida respecto a los niveles anteriores.

### **Anotación Latinoamericana**

La GLADP sugiere que el clínico sea flexible en la interpretación del criterio C en lo que concierne a la frecuencia de “menos de dos veces al mes”, aunque para propósitos de investigación este criterio puede utilizarse si se estima oportuno para el proyecto en cuestión.

Debido a que, como ocurre con muchos términos técnicos, el de frigidez ha alcanzado una connotación peyorativa, la GLADP sugiere sustituirlo por el de disfunción orgásmica, la cual puede ser general o situacional. Sin embargo, por lo generalizado de su uso, se ha preservado aquí como término de inclusión.

En relación con el criterio C, debe anotarse que la técnica de la masturbación no necesariamente es solitaria, y que en muchas ocasiones la pareja la utiliza como una técnica pre y post coital. Los criterios de frecuencia en relación a la edad son individuales y deben ser objeto de estudios clínicos bien diseñados, a fin de establecer criterios válidos y confiables. En América Latina son de particular importancia los mitos y falsas creencias relacionados con la edad y la sexualidad (andropausia y menopausia).

#### **F52.1 Aversión al sexo y falta de placer sexual**

La perspectiva de la relación sexual produce suficiente miedo o ansiedad, que evita la actividad sexual (aversión al sexo), o bien, la respuesta sexual ocurre normalmente y se experimenta el orgasmo, pero hay falta de placer apropiado (falta de goce sexual). Presenta dos variantes que se distinguen con un 5º carácter: F52.10, Rechazo [aversión] sexual y F52.11, Ausencia de placer [anhedonia] sexual.

Incluye: Anhedonia sexual

#### **F52.10 Rechazo [aversión] sexual**

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Deben satisfacerse los criterios generales de F52.

- B. La perspectiva de una relación sexual con una pareja provoca tal miedo o ansiedad que la actividad sexual es evitada o, si ésta tiene lugar, se acompaña de fuertes sentimientos negativos e incapacidad para sentir cualquier placer.
- C. El trastorno no es debido a ansiedad relacionada con la actuación (reacción al fracaso previo de la respuesta sexual).

### Anotación Latinoamericana

La GLADP sugiere emplear el término “Aversión sexual” en sustitución del de Rechazo sexual. Aunque la GLADP mantiene la organización taxonómica propuesta por la CIE-10, advierte que el rechazo sexual presenta importantes diferencias con la aversión sexual previamente descrita. En la práctica clínica la aversión es total, independientemente de la persona o circunstancias, y por lo tanto abriga una clara connotación mórbida; en cambio el rechazo tiende a ser circunstancial y a manifestarse como expresión de condiciones específicas que lo explican y lo convierten en una respuesta normal y comprensible del individuo que lo experimenta. El rechazo tiene fuerte asociación con la discordia marital y puede ser transitorio. Si se desea, puede indicarse esta diferencia, agregando al final el término “Generalizado” o “Situacional”. Por otro lado, la aversión sexual puede enmascarse mediante la focalización de tal aversión en aspectos específicos del contacto sexual, tales como las secreciones genitales o la penetración, lo que exige una cuidadosa anamnesis para establecer el carácter generalizado del trastorno.

### F52.11 Ausencia de placer [anhedonia] sexual

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Deben satisfacerse los criterios generales de F52.
- B La respuesta genital (orgasmo o eyaculación) tiene lugar durante la estimulación, pero no se acompañan de sensaciones placenteras o sentimientos agradables de excitación.
- C. Ausencia de miedo o ansiedad manifiesto y persistente durante la actividad sexual (ver F52.10 aversión sexual).

### Anotación Latinoamericana

La GLADP propone emplear el término “Anhedonia sexual” en sustitución del de “Ausencia de placer sexual”.

### F52.2 Falla de la respuesta genital

El problema principal en los hombres es la disfunción eréctil (dificultad para iniciar o mantener una erección adecuada para una relación sexual satisfactoria). En las mujeres, es la sequedad vaginal o la falla de la lubricación.

Incluye: Impotencia psicógena

Trastorno de la erección masculina

Trastorno de la estimulación sexual femenina

Disfunción eréctil

Excluye: Impotencia de origen orgánico (N48.4)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Deben satisfacerse los criterios generales de F52.

En el caso del varón, además:

B. Fracaso en lograr y mantener una erección suficiente al intentar la penetración vaginal.

La disfunción se manifiesta como uno de los síntomas siguientes:

- 1) La erección completa se consigue durante el período precoital, pero desaparece o disminuye al intentar la penetración (y antes de que tenga lugar la eyaculación).
- 2) Se consigue erección, pero únicamente cuando no se intenta la penetración.
- 3) Se consigue una erección parcial, no completa, insuficiente para la penetración.
- 4) No se consigue ninguna tumescencia peneana.

En el caso de la mujer:

B. Fracaso de la respuesta genital, manifestado como fracaso en la lubricación vaginal e inadecuada intumescencia de los labios mayores.

La disfunción se manifiesta de alguna de las formas siguientes:

- 1) La lubricación fracasa en cualquier circunstancia (“primaria”).
- 2) Se presenta lubricación en los estadios iniciales que no persiste durante el tiempo necesario para permitir una penetración cómoda.
- 3) La lubricación tiene lugar en alguna situación concreta (por ejemplo, con una pareja y no con otra, o durante la masturbación o cuando no se prevé penetración) (“situacional”).

### **Anotación Latinoamericana**

Este manual sugiere que el término “impotencia” ha adquirido con su uso un carácter peyorativo y recomienda que se le sustituya por el de disfunción eréctil, tanto si se trata de una disfunción eréctil psicógena, como de una de origen orgánico. Debe considerarse también la posibilidad de una disfunción eréctil mixta, en la que hay presencia de varios tipos de factores, tanto orgánicos como psicógenos. Sin embargo, para formular el diagnóstico de falla de la respuesta genital, de acuerdo con los criterios de la GLADP, el trastorno no se explica mejor por la presencia de claros factores orgánicos. Por ejemplo, la falta de lubricación en la mujer no se explica mejor por alteraciones hormonales propias de la menopausia u otro trastorno orgánico que involucre el aparato genital.

### **F52.3 Disfunción orgásmica**

El orgasmo no ocurre, o se retarda notablemente durante la actividad sexual, por lo demás normal.

Incluye: Anorgasmia psicógena

Orgasmo inhibido (femenino) (masculino)

### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Deben satisfacerse los criterios generales de F52.

B. Por lo menos uno de los siguientes criterios es aplicable a la disfunción:

- 1) Nunca ha llegado a tenerse un orgasmo (“primaria”).
- 2) La disfunción orgásmica ha aparecido tras un período de respuesta relativamente normal (“secundaria”).

La disfunción orgásmica secundaria puede dividirse en:

- a) General: La disfunción orgásmica se presenta en todos los casos y con cualquier pareja.
- b) Situacional:

Para las mujeres: el orgasmo tiene lugar en determinadas situaciones (por ejemplo, con la masturbación o con determinada pareja).

En el caso del varón, se presenta uno de los síntomas siguientes:

- b1 sólo durante el sueño y nunca estando despierto.
- b2 nunca en presencia de la pareja.
- b3 en presencia de la pareja pero no dentro de la vagina.

### **F52.4 Eyaculación precoz**

Es la incapacidad para controlar la eyaculación en grado suficiente como para que ambos miembros de la pareja disfruten de la relación sexual.

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Deben satisfacerse los criterios generales de F52.

B. Incapacidad para retrasar la eyaculación de forma suficiente para disfrutar del acto sexual, puesta de manifiesto por:

- 1) Eyaculación antes o inmediatamente después de la penetración vaginal (si se requiere un límite de tiempo: antes de quince segundos tras la penetración).
- 2) Eyaculación en ausencia de erección suficiente para permitir la penetración.

C. Ausencia de hiperexcitabilidad debida a abstinencia de actividad sexual.

### **Anotación Latinoamericana**

La GLADP interpreta el criterio B.1 como “presencia de una marcada dificultad para ejercer un control satisfactorio sobre el reflejo eyaculatorio, que provoca malestar y que impide el placer sexual del individuo, de su pareja o ambos”.

### **F52.5 Vaginismo no orgánico**

Espasmo de los músculos del piso pélvico que rodean el tercio externo de la vagina, que produce oclusión de la abertura vaginal. La penetración del pene se torna imposible, o es muy dolorosa.

Incluye: Vaginismo psicógeno

Excluye: Vaginismo (orgánico) (N94.2)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Se satisfacen los criterios generales de F52.

B. Espasmo en la musculatura perivaginal suficiente como para impedir la penetración o hacerla incómoda.

El trastorno toma una de las siguientes modalidades:

1) Vaginismo “primario”: la paciente nunca ha experimentado una respuesta satisfactoria.

2) Vaginismo “secundario”: se presenta tras un período de respuesta sexual satisfactoria. En estos casos puede ocurrir que:

a) Si no se intenta la penetración, la paciente puede exhibir una respuesta sexual satisfactoria; o

b) Cualquier intento de actividad sexual conlleva un miedo generalizado e intentos de evitar la penetración (por ejemplo, mediante espasmo de los aductores de los muslos).

**Anotación Latinoamericana**

La GLADP 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 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 propone que la validez de estos conceptos se defina mediante el análisis cuidadoso de la evidencia empírica y el juicio clínico experimentado.

En la formulación de este diagnóstico el clínico debe considerar el que esta condición provoque una consecuencia negativa, generalmente recurrente, para la vida del paciente, en su salud física, familiar, laboral o en sus relaciones interpersonales.

En algunos países latinoamericanos, esta condición se puede designar con términos como “fuego uterino”, “furor uterino” o similares.

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

### **F52.9 Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos, no especificada**

### **F53 Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte**

Esta categoría incluye sólo los trastornos mentales asociados con el puerperio (que comienzan en el lapso de las seis semanas posteriores al parto), que no cumplen con los criterios suficientes para ser clasificados en otra parte en este capítulo, sea debido a que la información disponible es insuficiente, o bien debido a que se considere que existen rasgos clínicos adicionales que hacen inadecuada su clasificación en otra parte.

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

Esta categoría debería utilizarse en los estudios de investigación únicamente de forma excepcional.

Los trastornos mentales en el puerperio deberían codificarse de acuerdo al tipo de trastorno psiquiátrico del que se trate, mientras que un segundo código (O99.3, Enfermedades Mentales y del Sistema Nervioso Complicadas con el Embarazo, Parto o Puerperio) indica su asociación con el puerperio.

#### **Anotación Latinoamericana**

La GLADP 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 estar influenciando 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 interpreta la definición de esta categoría como “presencia de factores psicológicos o del comportamiento, que desempeñen un papel significativo en la precipitación, evolución, y respuesta al tratamiento de condiciones médicas no psiquiátricas clasificadas en otros capítulos de la CIE-10”. Su vinculación a la etiología misma puede no ser directa o exclusiva.

La GLADP incluye dentro de esta categoría a aquellos trastornos mentales y del comportamiento clasificables en otras categorías del Capítulo V, en cuyo caso se deben formular y codificar ambos (el trastorno mental y del comportamiento respectivo y F54 para indicar su influencia sobre la condición médica no psiquiátrica). Otros factores que deben considerarse y que no

requieren necesariamente de códigos adicionales, incluye síntomas psicológicos, rasgos de personalidad, estilos de reacción, conductas de riesgo, y condiciones relacionadas al estrés. La condición médica no psiquiátrica que esté siendo influida por la presencia de tales factores psicológicos y del comportamiento, debe ser codificada adicionalmente (Ver Parte II, Evaluación y Formulación Diagnóstica).

### **F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia**

Puede intervenir una amplia variedad de medicamentos y remedios autóctonos, pero los grupos particularmente importantes son: a) drogas psicotrópicas que no producen dependencia tales como las antidepresivas, b) laxantes, y c) analgésicos que pueden ser comprados sin prescripción médica, tales como la aspirina y el paracetamol.

El uso permanente de estas sustancias con frecuencia lleva implícito un contacto innecesario con los profesionales de la medicina o el personal de apoyo, y algunas veces se acompañan de los efectos físicos nocivos de estas sustancias. Intentar disuadir o impedir el uso de las mismas, a menudo encuentra resistencia; en el caso de los laxantes y anestésicos, puede suceder a pesar de las advertencias sobre la posibilidad de presentación (o aún 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)

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

Pueden estar implicadas 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**

Ciertas condiciones psicosociales que prevalecen en muchos países de América Latina, tales como la pobreza y las dificultades de acceso a los servicios de salud, inducen a la prescripción sin control médico de una buena cantidad de sustancias analgésicas y psicoactivas. Es probable, así, que esta condición sea muy prevalente en la región. Por eso, se hace importante que los profesionales de la salud mental se percaten de ello, eduquen a las agencias locales de salud sobre sus implicaciones y efectúen estudios epidemiológicos para esclarecer las características fenomenológicas de esta categoría y sus consecuencias sobre la salud de la población.

#### **F59 Trastornos del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos, no especificados**

Incluye: Disfunción fisiológica psicógena sin especificación



## Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos (F60-F69)

### ÍNDICE DE ESTA SECCIÓN

Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
<b>F60</b>	Trastornos específicos de la personalidad	<b>F62</b>	Cambios perdurables de la personalidad no atribuibles a lesión o a enfermedad cerebral
F60.0	Trastorno paranoide de la personalidad	F62.0	Cambio perdurable de la personalidad después de una experiencia catastrófica
F60.1	Trastorno esquizoide de la personalidad	F62.1	Cambio perdurable de la personalidad, consecutivo a una enfermedad psiquiátrica
F60.2	Trastorno disocial de la personalidad	F62.8	Otros cambios perdurables de la personalidad, especificados
F60.3	Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable* .30 Tipo impulsivo .31 Tipo límite ["borderline"]	F62.9	Cambio perdurable de la personalidad, no especificado
F60.4	Trastorno histriónico de la personalidad	<b>F63</b>	Trastornos de los hábitos y de los impulsos
F60.5	Trastorno anancástico de la personalidad	F63.0	Juego patológico (Ludomanía)
F60.6	Trastorno de la personalidad ansiosa (evasiva, elusiva)	F63.1	Piromanía
F60.7	Trastorno de la personalidad dependiente	F63.2	Hurto patológico [Cleptomanía]
F60.8	Otros trastornos específicos de la personalidad	F63.3	Tricotilomanía
F60.9	Trastorno de la personalidad, no especificado	F63.8	Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos, especificados
<b>F61</b>	Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad	F63.9	Trastorno de los hábitos y de los impulsos, no especificado
F61.0	Trastornos mixtos de la personalidad		
F61.1	Variaciones problemáticas de la personalidad no clasificables en F60 ó F62		

#### \*Anotación Latinoamericana

Tanto por lo generalizado de su uso en ambientes clínicos y académicos en la región latinoamericana, como por su propiedad nosológica, la GLADP propone que, aquellos clínicos que lo prefieran, empleen la siguiente terminología para esta categoría:

F60.3 Trastorno límite ["borderline"] de la personalidad

Este término incluiría a ambos subtipos propuestos por la CIE-10 (impulsivo y límite) para la categoría que allí se denomina F60.3, Trastorno de la personalidad inestable.

Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
<b>F64</b>	Trastornos de la identidad de género	<b>F66</b>	Trastornos psicológicos y del comportamiento, asociados con el desarrollo y la orientación sexuales
F64.0	Transexualismo	F66.0	Trastorno de la maduración sexual
F64.1	Transvestismo de rol dual	F66.1	Orientación sexual egodistónica
F64.2	Trastorno de la identidad de género en la niñez	F66.2	Trastorno de la relación sexual
F64.8	Otros trastornos de la identidad de género, especificados	F66.8	Otros trastornos del desarrollo psicosexual, especificados
F64.9	Trastorno de la identidad de género, no especificado	F66.9	Trastorno del desarrollo psicosexual, no especificado
<b>F65</b>	Trastornos de la preferencia sexual	Puede recurrirse a los siguientes códigos de quinto carácter para indicar la asociación con:	
F65.0	Fetichismo	F66.x0	Heterosexualidad
F65.1	Transvestismo fetichista	F66.x1	Homosexualidad
F65.2	Exhibicionismo	F66.x2	Bisexualidad
F65.3	Voyeurismo (Escoptofilia)		(sólo debe ser utilizado cuando hay una clara evidencia de atracción sexual hacia miembros de ambos sexos)
F65.4	Pedofilia	F66.x8	Otra, incluyendo las prepuberales
F65.5	Sadomasoquismo		
F65.6	Trastornos múltiples de la preferencia sexual	<b>F68</b>	Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
F65.8	Otros trastornos de la preferencia sexual, especificados	F68.0	Elaboración de síntomas físicos por causas psicológicas
F65.9	Trastorno de la preferencia sexual, no especificado	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>	Trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos, no especificado

## INTRODUCCIÓN DE LA SECCIÓN

Este grupo comprende una diversidad de afecciones y de rasgos conductuales clínicamente significativos, que tienden a ser persistentes y que parecen ser la expresión del estilo de vida característico de la persona y de su modo de relacionarse consigo misma y con los demás. Algunas de estas afecciones y rasgos de la conducta surgen tempranamente en el curso del desarrollo individual, como producto tanto de factores constitucionales, como de experiencias individuales y sociales, mientras otros se adquieren más tarde. Trastornos específicos de la personalidad (F60.-), trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad (F61.-), y cambios perdurables de la personalidad (F62.-) constituyen formas de la conducta profundamente arraigadas y permanentes, que se manifiestan como respuestas invariables a un amplio abanico de situaciones personales y sociales. Representan desviaciones extremas o significativas respecto de la forma en que el individuo promedio de una cultura dada percibe, piensa, siente y, especialmente, se relaciona con los demás.. Estos esquemas conductuales tienden a ser estables y a abarcar múltiples dominios del comportamiento y del funcionamiento psicológico. Se asocian frecuentemente, aunque no siempre, con diversos grados de aflicción subjetiva y de problemas de la adaptación social.

### Anotación Latinoamericana

La GLADP ha mantenido la compatibilidad nosológica con la CIE-10 en la organización de esta sección. Sin embargo, se reconoce la importancia de revisar en versiones sucesivas, la conveniencia de separar los trastornos específicos de la personalidad, de los trastornos del comportamiento del adulto, debido a las inconsistencias nosológicas que se señalan con frecuencia en la presencia de categorías como los trastornos de la identidad de género de la niñez en esta clase cuyo título se refiere a trastornos del comportamiento adulto.

La evaluación correcta del funcionamiento de la personalidad debe tomar en consideración los orígenes étnicos, culturales y sociales de la persona del paciente que se presenta para atención en salud. Debe tenerse cuidado de no diagnosticar como trastornos de personalidad a aquellas dificultades en funcionamiento social que son consecuencia del proceso de aculturación en poblaciones de inmigrantes, o la expresión de hábitos, costumbres, o valores religiosos o políticos consistentes con la cultura de origen del paciente. La utilización de fuentes adicionales de información, familiarizadas con la cultura del paciente, puede ser necesaria en ocasiones en que exista duda sobre la naturaleza de particularidades de la conducta del paciente. Esto puede ser especialmente importante para aquellos profesionales de la salud que trabajan con poblaciones latinoamericanas en países ajenos a la región.

En general, la GLADP recomienda evitar el diagnóstico de trastornos de personalidad en personas menores a los 18 años de edad (Ver anotación para F60).

#### *Registro y Codificación*

La GLADP aconseja el registro y codificación de los trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto en el Eje I (Ver Parte II, Evaluación y Formulación Diagnóstica).

Al considerar un diagnóstico de un trastorno de la personalidad, se sugiere al clínico considerar también la categoría Z73.1, Acentuación de los rasgos de personalidad (ver Anexo 2, Condiciones seleccionadas de otros capítulos de la CIE-10, frecuentemente asociadas con trastornos mentales y del comportamiento).

### **F60 Trastornos específicos de la personalidad**

Son alteraciones graves de la personalidad y de las tendencias conductuales de la persona, que no proceden directamente de enfermedades, daños o de otros traumas del cerebro, ni de otro trastorno psiquiátrico. Habitualmente afectan varias áreas de la personalidad. Casi siempre se asocian con aflicción personal considerable y con desorganización en la vida social. Por lo general se manifiestan desde la niñez o la adolescencia y se mantienen durante la edad adulta.

#### *Crterios Diagnósticos de Investigación*

- G1. El modo de ser propio del individuo y su forma permanente de vivenciar y de comportarse se desvían en su conjunto o se salen de los límites de las normas aceptadas y esperadas en la propia cultura. Esta desviación debe manifestarse en más de una de las siguientes áreas:
- 1) Cognición (esto es, en la forma de percibir e interpretar las cosas, las personas y los acontecimientos del mundo; y en la manera de desarrollar actitudes o crear la imagen propia y de los demás).
  - 2) Estado de ánimo (rango, intensidad y adecuación de la afectividad y de la respuesta emocional).
  - 3) Control de los impulsos y de las necesidades de gratificación.
  - 4) Relaciones con los demás y estilo de relación interpersonal.
- G2. La desviación debe ser persistente, en el sentido de manifestarse como un comportamiento rígido y desadaptativo o interferir con las actividades en una amplia gama de situaciones sociales y personales (es decir, la disfunción no se limita a un estímulo o situación específica desencadenante).
- G3. Presencia de malestar personal o una repercusión negativa en el ambiente social, claramente atribuibles al comportamiento referido en el criterio B correspondiente al trastorno de personalidad específico de que se trate.
- G4. Evidencia de que la desviación es estable y de larga duración, habiéndose iniciado en la infancia tardía o en la adolescencia.
- G5. La desviación no puede ser explicada como una manifestación o una consecuencia de otros trastornos mentales del adulto, aunque pueden coexistir o superponerse otros trastornos episódicos o crónicos de las secciones F00 a F59 ó F70 a F79 de esta clasificación.
- G6. Se debe excluir como posible causa de la desviación las enfermedades orgánicas cerebrales, traumatismos o disfunciones cerebrales importantes (cuando están presentes, debe usarse el código F07 correspondiente).

**Anotación Latinoamericana**

La GLADP 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 y por clínicos de mucha experiencia.

Se recomienda también excluir, como parte del criterio G6, el uso o abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, como causa primaria explicativa del trastorno, tomando en cuenta que en un buen número de pacientes con este trastorno el uso secundario de alcohol y otras sustancias psicoactivas es frecuente.

**F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad**

Trastorno de la personalidad caracterizado por sensibilidad excesiva a los reveses, incapacidad para olvidar ofensas, suspicacia y tendencia a distorsionar experiencias, malinterpretando las acciones neutras o amistosas de los demás, como si fueran hostiles o despreciativas. Hay un sentido agresivo y tenaz de los derechos personales. Hay sospechas recurrentes y sin justificación acerca de la fidelidad del esposo o del compañero sexual. Puede haber autovaloración excesiva, y a menudo hay excesiva autorreferencia.

Incluye: Personalidad:

- expansivo-paranoide
- fanática
- paranoide
- querellante
- sensitivo-paranoide

Excluye: Esquizofrenia paranoide (F20.0)

Estado paranoide (F22.0)

Paranoia (F22.0)

Paranoia querellante (F22.8)

Psicosis paranoide (F22.0)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).

B. Al menos cuatro de los siguientes deben estar presentes:

- 1) Sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires.
- 2) Incapacidad para perdonar los agravios o perjuicios y predisposición a rencores persistentes.
- 3) Suspiciona y predisposición generalizada a distorsionar propias vivencias, interpretando las manifestaciones neutras 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 mejor por el uso de alcohol u otras sustancias psicoactivas, como causa primaria. En un buen número de pacientes con este trastorno, puede presentarse el uso secundario de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Debido a la frecuente exposición de la población latinoamericana a experiencias de violencia y persecución políticas, es posible que muchos pacientes presenten comportamientos de desconfianza o de defensa que puedan ser erróneamente etiquetados de “paranoides”. Esto es especialmente importante para profesionales de la salud mental que trabajan con poblaciones de inmigrantes de la región latinoamericana, especialmente durante el proceso de adaptación y aculturación.

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

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por apartarse de los contactos afectivos, sociales y demás, con preferencia por la fantasía, las actividades solitarias y la introspección. Hay incapacidad para expresar sentimientos y para experimentar placer.

Excluye: Esquizofrenia (F20.-)

Síndrome de Asperger (F84.5)

Trastorno delirante (F22.0)

Trastorno esquizoide de la niñez (F84.5)

Trastorno esquizotípico (F21)

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).

B. Al menos cuatro de los siguientes deben estar presentes:

- 1) La capacidad para experimentar placer parece restringida.
- 2) Frialdad emocional, desapego o embotamiento afectivo.
- 3) Incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira a los demás.
- 4) Aparente indiferencia a las alabanzas y a las críticas.
- 5) Poco interés por relaciones sexuales con otras personas (tener en cuenta la edad).
- 6) Marcada preferencia por actividades solitarias.
- 7) Excesiva preocupación con fantasías y excesiva introspección.
- 8) Ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza ni deseos de tenerlas.
- 9) Marcada dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales. En caso de ser incumplidas dichas normas es de forma no intencionada.

**F60.2** Trastorno disocial de la personalidad

Trastorno de la personalidad caracterizado por descuido de las obligaciones sociales y endurecimiento de los sentimientos hacia los demás. Hay gran disparidad entre el comportamiento de la persona y las normas sociales prevalentes. La conducta no se modifica fácilmente a través de la experiencia adversa ni aun por medio del castigo. La tolerancia a la frustración es baja, lo mismo que el umbral tras el cual se descarga la agresión, e incluso, la violencia. Hay tendencia a culpar a otros o a ofrecer racionalizaciones verosímiles acerca del comportamiento que lleva a la persona a entrar en conflicto con la sociedad.

Incluye: [Trastorno de] Personalidad:

- amoral
- antisocial
- asocial
- psicopática
- sociopática

Excluye: Personalidad emocionalmente inestable (F60.3)

Trastornos de la conducta (F91.-)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).

B. Al menos cuatro de los siguientes deben estar presentes:

- 1) Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía.
- 2) Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y desprecio de las normas, reglas y obligaciones sociales.
- 3) Incapacidad para mantener relaciones personales duraderas.
- 4) Muy baja tolerancia a la frustración, con un bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a comportamientos violentos.
- 5) Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo.
- 6) Marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles de los comportamientos conflictivos

**Anotación Latinoamericana**

La GLADP acepta que los clínicos que así lo deseen utilicen el término “Trastorno antisocial de la personalidad” para designar a pacientes que cumplen con los criterios de esta categoría. Otros términos, como “Personalidad psicopática” y “Personalidad sociopática” deben ser evitados, porque:

1. Han sido utilizados con diferentes connotaciones; por ejemplo, el término “personalidad psicopática” es interpretado por muchos psiquiatras del área como sinónimo de portador de un trastorno de personalidad sin especificar cual de ellos; otros colegas diferencian las conductas antisociales de las disociales con base en la conservación o no de la capacidad para ser fieles a

algún tipo de código ético-moral. Según este criterio, los individuos con personalidad disocial preservarían la capacidad de respetar ciertas normas de comportamiento pertenecientes a su entorno más inmediato (subgrupo o subcultura); mientras que aquellos con personalidad antisocial serían incapaces de hacerlo.

2. Dichos términos han adquirido tal grado de connotación peyorativa en algunos países del área, que pueden resultar inadecuados para uso clínico.

Se propone la inclusión, entre los temas de investigación para futuras revisiones de la GLADP, la incorporación a los criterios diagnósticos de esta categoría, de los siguientes:

- a) El individuo exhibe una incapacidad (o merma sustancial en su capacidad) para responder a algún tipo de código ético-moral colectivo; y
- b) Su comportamiento está dominado por una búsqueda inmediata del placer (sin importar la forma de lograrlo ni las consecuencias de hacerlo así) entre los parámetros diagnósticos

El comportamiento disocial no es mejor explicado, con base en la existencia de un trastorno mental más amplio, ni constituye una estrategia de supervivencia ante situaciones sociales o políticas, de persecución o amenaza en el contexto sociocultural del paciente.

### **F60.3** Trastornos de la personalidad emocionalmente inestable

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por una tendencia definida a actuar impulsivamente y sin considerar las consecuencias. El humor es impredecible y caprichoso. Son probables los arrebatos emocionales, con incapacidad para controlar las explosiones conductuales. Hay tendencia a un comportamiento pendenciero y a generar conflictos con los demás, especialmente cuando las acciones impulsivas son frustradas o censuradas. Se pueden distinguir dos tipos: el impulsivo, caracterizado preponderantemente por inestabilidad emocional y por falta de control de los impulsos, y el 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)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

#### **F60.30** Tipo impulsivo

A. Deben cumplirse los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).

B. Al menos tres de los siguientes criterios, uno de los cuales debe ser el número (2)

- 1) Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.
- 2) Marcada predisposición a un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados.

- 3) Predisposición para los arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.
- 4) Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.
- 5) Humor inestable y caprichoso.

**F60.31** Tipo límite (“borderline”)

- A. Deben cumplirse los criterios generales de trastornos de la personalidad (F60).
- B. Deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados para F60.30, 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 acepta que aquellos clínicos que así lo prefieran utilicen el término *F60.3, Trastorno límite [“borderline”] de la personalidad*, para designar a esta categoría de 4 caracteres, sin hacer distinción del subtipo de 5° carácter. Este trastorno de personalidad se observa frecuentemente en personas que presentan asociados otros trastornos de personalidad. También se observa con frecuencia en personas que presentan asociados otros trastornos mentales y del comportamiento, tales como del humor [afectivos] (F30 – F39), por uso de sustancias psicoactivas (F10 – F19), de la ingestión de alimentos (F50), por estrés postraumático (F43.1) e hipercinéticos (F90).

**F60.4** Trastorno histriónico de la personalidad

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por una afectividad superficial y lábil, dramatización de sí mismo, teatralidad, expresión exagerada de las emociones, sugestionabilidad, egocentrismo, autoindulgencia, falta de consideración por los demás, demanda continua de aprecio, estímulo y atención, y propensión para sentirse herido con facilidad.

Incluye: Personalidad:

- histérica
- psicoinfantil

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).

B. Al menos cuatro de los criterios siguientes deben estar presentes:

- 1) Dramatización de sí mismo, 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.

#### **F60.5** Trastorno anancástico de la personalidad

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por sentimientos de duda, meticulosidad, verificación y preocupación por los detalles, terquedad, precaución y rigidez excesivas.

Puede haber pensamientos o impulsos insistentes y rechazados, que no alcanzan la gravedad de un trastorno obsesivo-compulsivo.

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) Pedertería 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 ve la necesidad morbosa de control (de los propios impulsos, de las personas o de las cosas) como la característica cardinal del trastorno y como el generador de varios de los síntomas listados en el criterio B. Puesto que muchas de las manifestaciones conductuales que distin-

guen este trastorno pueden verse en sujetos bien adaptados, es importante establecer su impacto sobre el funcionamiento adaptativo del individuo que es objeto de la evaluación clínica, antes de formular el diagnóstico. El clínico debe estar familiarizado con el comportamiento efectivo en la cultura del paciente, de modo que los rasgos adaptativos puedan distinguirse de los patológicos (p. ej., la actitud reflexiva de la duda paralizante, la exactitud de la pedantería inflexible, la rectitud de la autoinculpación neurótica, el afán por la excelencia del perfeccionismo ineficiente, la actitud ahorrativa de la tacañería alienante y la circunspección de la glacialidad impertinente).

#### **F60.6** Trastorno de la personalidad ansiosa (evasiva, elusiva)

Trastorno de la personalidad caracterizado por sentimientos de tensión y aprensión, inseguridad e inferioridad. Hay un anhelo permanente por gustar y ser aceptado, una hipersensibilidad al rechazo y a la crítica, conjuntamente con una restricción de los afectos personales y una tendencia a evitar ciertas actividades, por exageración habitual de los peligros y riesgos potenciales de las situaciones cotidianas.\*

##### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).

B. Al menos cuatro de los siguientes:

- 1) Sentimientos constantes y generalizados de tensión emocional y temor.
- 2) Preocupación constante consigo mismo y sentimientos de inseguridad e inferioridad.
- 3) Hipersensibilidad al rechazo y a las críticas
- 4) Resistencia a entablar relaciones personales, a no ser que se reciban fuertes garantías de una aceptación sin críticas.
- 5) Restricción del estilo de vida, debida a la necesidad de certeza y seguridad.
- 6) Evitación de actividades sociales y laborales que conlleven un contacto interpersonal significativo debido al miedo a la crítica, a la desaprobación o al rechazo.

#### **Anotación Latinoamericana**

Para la GLADP la característica cardinal de este trastorno es una tendencia generalizada a la inhibición de las actividades sociales como resultado de profundos sentimientos de inadecuación, de pobre estima personal y de una marcada sensibilidad a la evaluación negativa de los miembros del entorno. La tendencia de estos pacientes a “hacerse invisibles” en situaciones sociales es notable. Es también notable su aislamiento social y su propensión a ser objeto del ridículo social, lo que exacerba aún más su convicción de ser rechazados por su entorno.

\*Los temores y limitaciones de estos sujetos se limitan a la esfera de las relaciones humanas. En la vida cotidiana hay accidentes del tráfico, catástrofes naturales, políticas y económicas que para ellos no son objeto de especial preocupación.

Incluye: Trastorno evitativo de la personalidad

**F60.7** Trastorno de la personalidad dependiente

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

A menudo hay tendencia a transferir la responsabilidad a los demás.

Incluye: Personalidad:

- asténica
- inadecuada
- pasiva
- derrotista

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).

B. Al menos cuatro de los siguientes:

- 1) Fomentar o permitir que otras personas asuman responsabilidades importantes de la propia vida.
- 2) Subordinación de las propias necesidades a las de aquellos de los que se depende y sumisión excesiva a sus deseos.
- 3) Resistencia a hacer peticiones, incluso las más razonables a las personas de las que se depende.
- 4) Sentimientos de incomodidad y abandono al estar solo, a causa de un temor exagerado a ser incapaz de cuidar de sí mismo.
- 5) Preocupación acerca de ser abandonado a su propia suerte.
- 6) Escasa capacidad para tomar decisiones cotidianas sin el apoyo, consejo y reaseguramiento excesivo por parte de los demás.

**F60.8** Otros trastornos específicos de la personalidad

Incluye: [Trastorno de] Personalidad:

- excéntrica
- inmadura
- narcisista
- pasivo-agresiva
- psiconeurótica
- tipo inestable

Utilícese esta categoría si ninguna de las precedentes es adecuada cuando se satisfacen los criterios generales de trastornos de personalidad enunciados en F60 (véase Anotación Latinoamericana). Puede añadirse un dígito extra para identificar trastornos específicos de personalidad no recogidos aún en la CIE-10. Cuando se use el código F60.8 es siempre recomendable anotar una descripción esquemática de la desviación concreta de la personalidad.

**Anotación Latinoamericana**

Por su utilidad clínica y su importancia nosológica, la GLADP ha decidido incorporar en esta categoría, algunos trastornos específicos de personalidad adicionales, con sus respectivos criterios diagnósticos, derivados de los CDI, en los casos en que tales criterios han sido propuestos. Para ello se sugiere la utilización del 5º carácter que permite el sistema de codificación de la CIE-10:

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

Se trata de un trastorno de personalidad caracterizado por la grandiosidad y una autoestima sumamente hipertrofiada, acompañada de la necesidad del paciente de que su *excepcionalidad* sea reconocida por los demás. Para quien padece este trastorno, el resto del mundo es sólo el fondo sobre el cual él (ella) debe brillar. Subestiman los méritos ajenos o, cuando más, los reconocen como parte del «selecto» grupo de personas al que pertenecen y sólo en la medida en que les sirven para realzar su pertenencia a una determinada elite; no obstante, sienten profunda envidia por cualquier mérito ajeno que pueda opacarlos.

Las personas que padecen este trastorno tienden a establecer relaciones de explotación con los demás, cuyos problemas, intereses y necesidades no les conciernen en lo absoluto. Actúan como si los demás deben estar al servicio de sus caprichos o necesidades. Se trata de individuos carentes de empatía, que son percibidos como emocionalmente fríos y poco recíprocos por las personas cercanas a ellos.

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A) Deben cumplirse los criterios generales del trastorno de personalidad (F60)

B) Deben ser satisfechos, al menos, 5 de los siguientes requisitos:

- 1) Sentido grandilocuente de su importancia (exageración de sus méritos y valores, expectación de ser reconocido como «superior» sin causa que lo justifique).
- 2) Fantasías de carácter megalomaniaco (éxito ilimitado, poder, belleza o amor ideal).
- 3) Convicción de ser especial (único) y de que sólo puede ser comprendido y relacionarse con una elite (personas o instituciones).
- 4) Necesidad o demanda excesiva de admiración.
- 5) Expectación irracional de recibir tratos y consideraciones especiales, sentido exacerbado de sus derechos y esperar que estos se cumplan de forma automática.
- 6) Relaciones de explotación con los demás.
- 7) Falta de empatía: falta de identificación con las necesidades y sentimientos ajenos.
- 8) Frecuentemente siente envidia de otros o piensa que es envidiado.
- 9) Actitudes y conductas arrogantes y soberbias.

**F60.84** Trastorno de la personalidad inadecuada

Las personalidades inadecuadas se caracterizan por respuestas ineficaces a las demandas emocionales, sociales, intelectuales y físicas. Pese a que esos pacientes no parecen ser física ni mentalmente deficientes, manifiestan inadaptabilidad, ineptitud, pobreza de juicio y negligencia hacia metas que pudieran trazarse.

**F60.85** Trastorno de la personalidad pasivo-agresiva [negativista]

Las personalidades pasivo-agresivas se caracterizan por pasividad y agresividad. La existencia concomitante de ambas actitudes modifica sus manifestaciones clínicas y da lugar a que la agresividad pueda manifestarse pasivamente, en forma de obstruccionismo, expresiones de desagrado, resistencia pasiva, ineficiencia intencional y terquedad. Dicha conducta refleja comúnmente la hostilidad que el sujeto siente y no se atreve a expresar abiertamente, lo que se relaciona con el resentimiento que experimenta el paciente al no encontrar gratificación en sus relaciones con determinado individuo o institución de la cual es excesivamente dependiente. No suelen tener conciencia de su agresividad.

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Deben cumplirse los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).

B. El paciente debe cumplir, por lo menos, 5 de los siguientes requisitos:

- 1) Aplazar las decisiones y posponer la realización de tareas de rutina en cosas necesarias, especialmente las que otras personas le han solicitado.
- 2) Protestar, de forma injustificada, porque otras personas le pidan cosas razonables.
- 3) Mostrarse malhumorado, irritable y argumentativo cuando se le pida que haga algo que no quiere hacer.
- 4) Criticar o desprestigiar sin razón a las personas que ocupan puestos jerárquicos.
- 5) Trabajar lentamente de manera deliberada o realizar mal las tareas que, en el fondo, no quiere llevar a cabo.

**F60.86** Trastorno de la personalidad asténica

Las personas que presentan este trastorno se caracterizan por fácil fatigabilidad, una alta sensibilidad a las tensiones físicas y emocionales, falta de iniciativa y poca capacidad para disfrutar de los placeres de la vida cotidiana. Es característica en ellos la dificultad para llevar a término las acciones requeridas en cada situación de la vida cotidiana.

**F60.9** Trastorno de la personalidad, no especificado

Incluye: Neurosis del carácter sin especificación

Personalidad patológica sin especificación

**F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad**

Esta categoría se destina a los trastornos de la personalidad que a menudo son molestos, pero que no muestran la estructura sintomática específica que caracteriza a los trastornos descritos en F60.-. Debido a esto, con frecuencia son más difíciles de diagnosticar que los de la categoría F60.-. Entre los ejemplos de estos trastornos se incluyen:

- Trastornos mixtos de la personalidad con rasgos de varias de las alteraciones incluidas en la categoría F60.-, pero sin un conjunto predominante de síntomas que permita un diagnóstico más específico.
- Cambios molestos de la personalidad, no clasificables en F60.- o en F62.- y considerados secundarios a un diagnóstico principal de un trastorno afectivo o de ansiedad coexistente.

Excluye: Rasgos acentuados de la personalidad (Z73.1)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

No se ha considerado adecuado ofrecer criterios para estos trastornos mixtos. Aquellos que se dediquen a la investigación en este campo deberán fijar los suyos propios, en función del objetivo de su estudio.

**F62 Cambios perdurables de la personalidad, no atribuibles a lesión o a enfermedad cerebral**

Trastornos de la personalidad o de la conducta en adultos, que se han desarrollado en personas sin trastorno previo de la personalidad, después de la exposición a estrés prolongado, catastrófico o excesivo, o después de una enfermedad psiquiátrica grave. Estos diagnósticos deben hacerse sólo cuando hay evidencia de un cambio definido y perdurable del modo en que la persona percibe, se relaciona, o piensa acerca de su entorno o sobre sí misma. El cambio de la personalidad debe ser significativo y debe estar asociado con conductas invariables e inadaptadas, que no existían antes de la experiencia patógena. El cambio no debe ser una manifestación directa de otro trastorno mental, ni un síntoma residual de cualquier alteración mental precedente.

Excluye: Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral (F07.-)

**F62.0 Cambio perdurable de la personalidad después de una experiencia catastrófica**

Cambio perdurable de la personalidad, que dura al menos dos años, después de la exposición a tensión catastrófica. La tensión debe ser tan extrema, que no sea necesario tomar en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar sus efectos profundos sobre la personalidad. El trastorno se caracteriza por una actitud hostil y desconfiada hacia el mundo, aislamiento social, sentimientos de vacío o de desesperanza, y una sensación crónica de “estar al borde”, como si se estuviera constantemente amenazado y enajenado. Este tipo de cambio de la personalidad puede ser precedido por un trastorno de estrés post-traumático (F43.1).

Incluye: Cambio de la personalidad consecutivo a:

- cautividad prolongada con posibilidad inminente de ser asesinado

- desastres
- experiencias en campo de concentración
- exposición prolongada a situaciones de amenaza para la vida, tales como la posibilidad de ser víctima del terrorismo
- tortura

Excluye: Trastorno de estrés postraumático (F43.1)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Evidencia, obtenida de la anamnesis personal o de informantes adecuados, de un cambio persistente y definido del estilo personal de percibir, relacionarse y pensar sobre el mundo y sobre sí mismo, tras haber padecido un acontecimiento, estresante catastrófico (por ejemplo, experiencia en campos de concentración, tortura, desastre, exposición prolongada a situaciones de amenaza vital).
- B. El cambio de personalidad debe ser significativo y manifiesto en forma de rasgos rígidos y desadaptativos definidos por *al menos dos* de los siguientes síntomas:
- 1) Actitud permanente de hostilidad y desconfianza hacia el mundo, que no existió antes del acontecimiento estresante.
  - 2) Aislamiento social (evitación del contacto con todas las personas en general, a excepción de unos pocos parientes íntimos con los que vive), no debido a otro trastorno mental presente como pudiera ser un trastorno del humor (afectivo).
  - 3) Sentimiento constante de vacío o desesperanza, no limitado a un episodio bien definido de trastorno del humor (afectivo) y que no estaba presente antes de la experiencia del acontecimiento estresante catastrófico. Puede acompañarse de un aumento de la dependencia de otras personas, con una incapacidad para expresar sentimientos negativos o agresivos y con un humor depresivo prolongado, sin que antes del acontecimiento estresante catastrófico hubiera existido un trastorno depresivo.
  - 4) Sentimiento permanente de estar en peligro o amenazado sin causa externa, puesto de manifiesto por un aumento de la actitud de vigilancia y la irritabilidad en una persona que previamente no presentaba estos rasgos de hiperalerta. Este estado crónico de tensión interna y de sentirse amenazado puede acompañarse de una predisposición al consumo excesivo de alcohol o drogas.
  - 5) Sentimiento permanente de haber cambiado o de ser diferente de los demás (extrañeza de sí mismo).
- Este sentimiento puede acompañarse de vivencias de embotamiento afectivo.
- C. El cambio debe producir una alteración significativa de las actividades sociales o laborales, o un malestar subjetivo tanto al enfermo como a su familia.
- D. La modificación de la personalidad debe haberse presentado después de la experiencia catastrófica y no deben existir datos anamnésicos de un trastorno de la personalidad en la edad adulta preexistente, ni tampoco tratarse de una acentuación de rasgos previos. Tampoco deben existir trastornos de la personalidad o del desarrollo en la infancia o adolescencia que pudieran explicar los rasgos presentes de la personalidad.

- E. La modificación de la personalidad debe haber estado presente durante *al menos dos años*, no estar relacionada con episodios de otros trastornos mentales (excepto el trastorno por estrés post-traumático) y no puede atribuirse a lesión cerebral ni a otra enfermedad importante.
- F. La transformación de la personalidad descrita es precedida a menudo de un trastorno por estrés post-traumático (F43.1). Los síntomas de ambos cuadros pueden superponerse y el cambio de personalidad puede constituir una evolución crónica de un trastorno por estrés post-traumático. Sin embargo, no se debe reconocer como duradero un cambio de personalidad en estos supuestos a no ser que tras, al menos, dos años de estrés post-traumático haya existido un período adicional de no menos de dos años durante el cual se hayan satisfecho los criterios referidos.

### **F62.1** Cambio perdurable de la personalidad consecutivo a una enfermedad psiquiátrica

Cambio de la personalidad, que dura por lo menos dos años, atribuible a la experiencia traumática de haber sufrido una enfermedad psiquiátrica grave. El cambio no puede explicarse por un trastorno previo de la personalidad y debe diferenciarse de la esquizofrenia residual y de otros estados de recuperación incompleta de un trastorno mental precedente. Este trastorno se caracteriza por una dependencia excesiva y por una actitud de demanda hacia los demás. Hay convicción de haber sido cambiado o estigmatizado por la enfermedad, lo cual da lugar a una incapacidad para construir y para mantener relaciones interpersonales estrechas y seguras, así como también al aislamiento social. Hay pasividad, reducción de los intereses y de la participación en actividades recreativas; y quejas persistentes de estar enfermo, lo cual puede asociarse con preocupaciones hipocondríacas y con una conducta enfermiza. El humor es disfórico o lábil, no debido a un trastorno mental actual ni precedente con síntomas afectivos residuales. Hay prolongación de los problemas del funcionamiento social y ocupacional.

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Modificación definida y duradera del estilo personal de percibir, relacionarse y pensar acerca del mundo y de uno mismo tras la experiencia de padecer uno o varios episodios de enfermedad psiquiátrica, de los cuales la persona se ha recuperado clínicamente sin síntomas residuales
- B. La modificación de la personalidad debe ser significativa y consistir en rasgos rígidos y desadaptativos definidos por la presencia de al menos dos de los síntomas siguientes:
  - 1) Excesiva dependencia de terceras personas (el paciente asume de un modo pasivo, o incluso demanda, que otros tomen la responsabilidad de su propia vida; rechazo a decidir sobre asuntos importantes relacionados con un futuro).
  - 2) Retraimiento social o aislamiento secundario a la convicción (no delirante) o al sentimiento de haber cambiado, o a estar estigmatizado como consecuencia de la enfermedad. Esta convicción puede verse reforzada por algunas actitudes de la sociedad pero no puede ser explicada completamente por las circunstancias sociales objetivas. El sentimiento de vulnerabilidad al oprobio de los demás (herida narcisista) puede también ser un factor a tener en cuenta, pero para ser considerado como un rasgo duradero de la personalidad debe ser egosintónico.

- 3) Pasividad, reducción de los intereses y disminución de la participación en entretenimientos previamente agradables (lo que puede reforzar el aislamiento social).
  - 4) Cambio en el modo como se percibe a sí mismo lleva a una frecuente o constante queja de estar enfermo. Esta característica puede acompañarse con actitudes hipocondríacas y un incremento en la utilización de los servicios psiquiátricos y médicos en general.
  - 5) Actitud demandante hacia terceras personas de las que el sujeto espera una atención especial o porque se considera merecedor de un trato especial.
  - 6) Humor disfórico o lábil, no debido a un trastorno mental presente o a un trastorno mental previo con síntomas residuales.
- C. La modificación de la personalidad tras la enfermedad psiquiátrica debe ser comprensible en el contexto de la experiencia emocional subjetiva que tiene la persona de tal situación; de su adaptación y vulnerabilidad previas y de su situación biográfica, incluyendo, entre ellas, las actitudes y reacciones de sus seres significativos hacia la enfermedad psiquiátrica.
- D. La modificación de la personalidad debe causar una alteración significativa de la actividad social o laboral o un malestar subjetivo en el sujeto y sus familiares.
- E. No deben existir antecedentes de un trastorno de la personalidad en la edad adulta preexistente ni tratarse de una acentuación de rasgos previos. así como tampoco existir trastornos de la personalidad o del desarrollo en la infancia o adolescencia que puedan explicar los rasgos de personalidad actuales
- F. La modificación de la personalidad ha estado presente durante al menos dos años y no es la manifestación de episodios de otros trastornos mentales. Tampoco puede ser explicada como un síntoma residual de un trastorno mental precedente y no es secundaria a lesión cerebral ni a otra enfermedad importante.

### **F62.8** Otros cambios perdurables de la personalidad

Incluye: Síndrome de personalidad en el dolor crónico.

#### **Anotación Latinoamericana**

La GLADP propone la inclusión en esta categoría del cambio perdurable de la personalidad consecutivo a:

- Duelo mórbido
- Desmoralización
- Crisis de conciencia
- Ultraje al honor y amor propios
- Violencia cotidiana
- Traumas persistentes de la vida cotidiana

**F62.9** Cambio perdurable de la personalidad, no especificado**F63 Trastornos de los hábitos y de los impulsos**

Esta categoría abarca ciertos trastornos de la conducta que no son clasificables bajo otros códigos. Consisten en acciones iterativas que no tienen una clara motivación racional, que no pueden ser controladas y que generalmente atentan contra los propios intereses de la persona o los de otras. El paciente suele indicar que esta conducta se asocia con impulsos para la acción. La causa de estos trastornos no ha sido dilucidada y se los agrupa debido a sus amplias similitudes descriptivas y no porque se sepa que compartan alguna otra característica importante entre sí.

Excluye: Consumo excesivo habitual de alcohol o de sustancias psicoactivas (F10-F19)

Trastornos de los impulsos y de los hábitos que afectan la conducta sexual (F65.-)

**F63.0** Juego patológico (ludomanía)

El trastorno consiste en episodios frecuentes e iterativos de juego, que dominan la vida de la persona, en detrimento de sus obligaciones y de sus valores sociales, ocupacionales, económicos y familiares.

Incluye: Juego compulsivo

Ludopatía

Excluye: Juego en trastorno disocial de la personalidad (F60.2)

Juego excesivo en pacientes maníacos (F30.-)

Juego y apuesta sin especificación (Z72.6)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Presencia de dos o más episodios en un período de *al menos un año*.
- B. Estos episodios carecen de provecho económico para el individuo y sin embargo se reiteran a pesar de los efectos perjudiciales que tienen a nivel económico, social y laboral, y sobre los valores y compromisos personales.
- C. El sujeto describe la presencia de un impulso intenso a jugar difícil de controlar y afirma ser incapaz de dejar de jugar mediante el único esfuerzo de su voluntad.
- D. Preocupación con pensamientos o imágenes mentales relacionados con el acto de jugar o con las circunstancias que lo rodean.

**F63.1** Piromanía

Conducta caracterizada por múltiples acciones o intentos de quemar propiedades u objetos ajenos sin motivo aparente, y por una preocupación persistente por temas relacionados con el fuego y con los incendios. Esta conducta se asocia a menudo con sentimientos de tensión creciente antes de la acción y de intensa excitación inmediatamente después.

Excluye: Incendio provocado (por) (en):

- adulto con trastorno disocial de la personalidad (F60.2)
- como razón para la observación por sospecha de trastorno mental (Z03.2)

- esquizofrenia (F20-)
- intoxicación por alcohol o por sustancias psicoactivas (F10-F19 con cuarto carácter común .0)
- trastornos de la conducta (F91.-)
- trastornos mentales orgánicos (F00-F09)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Presencia de *dos o más* actos o intentos de prender fuego sin motivo aparente.
- B. EL sujeto describe la presencia de un impulso intenso a prender fuego a objetos, precedido de un sentimiento de tensión que se alivia al llevar a cabo la acción..
- C. Preocupación con pensamientos o imágenes mentales de prender fuego o con las circunstancias que rodean a la acción (por ejemplo con coches de bomberos o con llamar a los servicios contra incendios).

**F63.2** Hurto patológico [Cleptomanía]

Trastorno caracterizado por el fracaso repetitivo por resistir los impulsos de robar objetos, que no son adquiridos para el uso personal ni por la ganancia monetaria. Los objetos pueden ser eliminados, regalados o atesorados. Esta conducta se acompaña habitualmente de un sentimiento de tensión creciente antes de la acción y de un sentimiento gratificante durante e inmediatamente después de ella. Excluye: El robo como razón para la observación por sospecha de trastorno mental (Z03.2)

Trastorno depresivo con robo (F31-F33)

Trastornos mentales orgánicos (F00-F09)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Presencia de *dos o más* episodios de robo aparentemente no motivados por una ganancia para sí mismo ni para otra persona
- B. El sujeto describe la presencia de un impulso imperioso a robar, precedido por un sentimiento de tensión que se activa al llevar a cabo la acción.

**Anotación Latinoamericana**

Una característica cardinal de este trastorno es que la persona que lo padece no se asocia a otros para robar. Los hurtos tienden a realizarse de manera solitaria y sin premeditación.

**F63.3** Tricotilomanía

Trastorno caracterizado por pérdida evidente de pelo debida a la presencia de un impulso irrefrenable a arrancarse los cabellos. La acción de tirar de los cabellos es precedida habitualmente por tensión creciente y seguida de un sentimiento de alivio y de gratificación. No debe hacerse este diagnóstico si existe una inflamación cutánea preexistente, o cuando el trastorno se explica mejor como una respuesta a una delusión o a una alucinación.

Excluye: Trastorno de los movimientos, estereotipados con arrancamiento de cabellos (F98.4)

Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Notable pérdida de pelo debida a una incapacidad persistente y recurrente de resistir los impulsos de arrancarse los cabellos.
- B. El sujeto describe la presencia de un impulso intenso a arrancarse los cabellos con una creciente tensión previa y sensación de alivio al llevar a cabo la acción.
- C. Ausencia de inflamación preexistente de la piel. No se presenta como respuesta a ideas delusivas o alucinaciones.

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

Otras clases de conducta persistente y repetitivamente inadaptada, que no son secundarias a un síndrome psiquiátrico diagnosticado y en las cuales, aparentemente, la persona fracasa iterativamente en resistir los impulsos de llevar a cabo tal comportamiento. Hay un período prodrómico de tensión, con un sentimiento de alivio al momento de la acción.

Incluye: Trastorno explosivo intermitente

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

Este apartado debe usarse para otros tipos de conducta maladaptativa persistente que no son secundarios a un síndrome psiquiátrico conocido y que se manifiesta por un fallo repetido para resistir el impulso a dicha conducta. Existe un período de tensión previo con una sensación de alivio durante el acto.

### **F63.9** Trastorno de los hábitos y de los impulsos, no especificado

## **F64 Trastornos de la identidad de género**

### **Anotación Latinoamericana**

Esta es un área en constante revisión, por lo que se recomienda cautela en su utilización, especialmente en niños muy pequeños, antes de haber alcanzado el nivel de operaciones formales en su desarrollo intelectual.

La expresión clínica de este trastorno esta sujeta a variaciones importantes dependientes del entorno cultural del individuo, por lo que se recomienda un manejo flexible de los criterios diagnósticos.

Esto no debe impedir, por supuesto, la utilización de este diagnóstico, cuando el caso exija un tratamiento precoz.

**F64.0** Transexualismo

Deseo de vivir y de ser aceptado como integrante del sexo opuesto, habitualmente acompañado de un sentimiento de incomodidad o de inadecuación al sexo anatómico propio y del deseo de someterse a cirugía y a tratamiento hormonal, para hacer el propio cuerpo tan congruente como sea posible con el sexo preferido por la persona.

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del género opuesto, por lo general acompañado por el deseo de modificar mediante métodos hormonales o quirúrgicos el propio cuerpo para hacerlo lo más congruente posible con el género preferido.
- B. Presencia de identidad transexual persistentemente durante al menos dos años.
- C. No se trata de un síntoma de otro trastorno mental, tal como una esquizofrenia, ni secundario con una anomalía cromosómica.

**Anotación Latinoamericana**

Debe excluirse de esta categoría los casos de transexuales “falsos”, que son individuos que se creen o actúan como si fueran del sexo opuesto, impulsados por motivaciones económicas o circunstanciales.

**F64.1** Transvestismo no fetichista [de rol dual]

Uso de vestuario del sexo opuesto durante una etapa de la vida, para disfrutar de la experiencia transitoria de ser integrante de ese sexo, pero sin ningún deseo de un cambio de sexo más permanente ni de reasignación quirúrgica, y sin excitación sexual que acompañe al hecho de vestirse con ropas del sexo opuesto.

Incluye: Trastornos de la identidad de género en la adolescencia o en la edad adulta, de tipo no transexual

Excluye: Transvestismo fetichista (F65.1)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Vestir atuendos del género opuesto con el objeto de tener temporalmente la sensación de pertenecer al género opuesto.
- B. Ausencia de motivación sexual en el cambio de atuendo.
- C. Ausencia de deseo de cambio permanente al género opuesto.

**Anotación Latinoamericana**

En la GLADP se considera poco válida esta categoría, en virtud de la frecuencia con que, en la práctica clínica, la estimulación sexual se identifica como un elemento acompañante del acto de transvestismo, aunque ésta no sea su propósito principal. Esta estimulación sexual se observa

especialmente en los pacientes que realizan su actividad transvestista en la intimidad personal, y puede conducir al orgasmo y satisfacción sexual, cuando el individuo ve culminado el proceso de cambio provisional de identidad. En la parafilia que pudiera confundirse con esta condición, el transvestismo fetichista (F65.1), el objetivo fundamental es definitiva y consistentemente, la estimulación sexual. Por lo anterior, este manual sugiere emplear esta categoría sólo en aquellos casos en que, tras una evaluación 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.

#### **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 motivado simplemente por las ventajas que la cultura particular de la paciente pueda permitir a los varones).
- 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.

### **Anotación Latinoamericana**

Incluye: El síndrome del “sissy boy”

**F64.8** Otros trastornos de la identidad de género, especificados

**F64.9** Trastorno de la identidad de género, no especificado

Incluye: Trastorno del rol del género sin especificación

### **F65 Trastornos de la preferencia sexual (Parafilias)**

La inclinación y comportamiento sexuales están fuertemente determinados por la cultura y no existe una determinación absoluta de los límites entre lo que es normal y anormal. En general, siguen propósitos de reproducción y de la cristalización de vínculos de intimidad sancionados por la cultura respectiva y en el marco del respeto al bienestar y la seguridad de la pareja que comparte el acto sexual. En principio, el objeto generador de deseo e inductor de actividad sexual es otra persona madura, responsable, que elige libre y voluntariamente participar de la relación. Cuando esa persona es sustituida consistente y preferentemente por una parte de ella, por un objeto que la simbolice, por otro objeto sexual inadecuado (un cadáver o un animal, por ejemplo), por una persona inmadura (un niño, por ejemplo), o cuando la excitación sexual sólo se logre mediante prácticas que la gran mayoría de personas en el entorno cultural encontrarían anormales, repugnantes o censurables, es posible considerar la presencia de una parafilia.

Incluye: Parafilias

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- G1. Impulsos sexuales y fantasías de carácter recurrente e intenso que implican objetos y actividades inusuales.
- G2. Actúa de acuerdo a los impulsos o siente un marcado malestar a causa de estos.
- G3. La tendencia se ha presentado al menos durante seis meses.

**Anotación Latinoamericana**

La GLADP recomienda las siguientes como pautas para el diagnóstico y las sugiere como Criterios Diagnósticos de Investigación de esta categoría diagnóstica:

G1. La relación sexual es de carácter morboso, ya sea porque el, objeto de las fantasías, los deseos y el comportamiento sexual del paciente no es una relación sexual con una persona sexualmente apta, básicamente normal, que interviene libre y voluntariamente en la relación, o porque la relación sexual tiene lugar en circunstancias, o de manera tal que resulta claramente aberrante.

G2. El objeto sexual puede ser adecuado, pero la excitación sexual sólo la produce una parte de tal objeto, o requiere de prácticas aberrantes, que sustituyen el coito o son necesarias para que éste tenga lugar.

G3. Estos impulsos llevan a un comportamiento sexual aberrante o son contenidos con gran dificultad, ocasionando un intenso malestar al paciente o a otras personas.

G4. El trastorno ha estado presente por no menos de 6 meses.

G5. No existen condiciones contextuales excepcionales que impidan un comportamiento sexual normal o que justifiquen su sustitución por prácticas inusuales (encarcelamiento, por ejemplo).

G6. El trastorno no ocurre exclusivamente en el marco de un trastorno mental más amplio, como un cuadro esquizofrénico o un episodio maníaco.

Se sugiere que el término *Trastornos de la preferencia sexual* sea sustituido por el de *Parafilias*.

Esta es una categoría altamente controversial. Se requiere actualizar las definiciones y establecer una clasificación que pueda usarse fácilmente y que pondere las implicaciones médico-legales de las categorías diagnósticas aquí descritas.

**F65.0 Fetichismo**

Dependencia de algún objeto inanimado que actúa como estímulo de la excitación y gratificación sexuales. Muchos fetiches son extensiones del cuerpo humano, tales como artículos de vestir o calzar. Otros objetos comunes de fetichismo son los que se caracterizan por su textura particular, como la goma, el plástico o el cuero. La importancia de los objetos fetiches es variable para la persona. En algunos casos, sirven sencillamente para realzar la excitación sexual, que es lograda mediante las formas usuales (por ejemplo, teniendo que usar la pareja sexual una prenda de vestir en particular).

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Se cumple el criterio general para los trastornos de la preferencia sexual F65.

B. El fetiche (objeto inanimado) es la fuente más importante de estimulación sexual o es esencial para una respuesta sexual satisfactoria.

**Anotación Latinoamericana**

Se sugiere tomar en cuenta que, en ocasiones, el objeto fetiche puede ser una parte del cuerpo de la pareja sexual.

**F65.1** Transvestismo fetichista

Uso de ropas del sexo opuesto principalmente con el fin de obtener excitación sexual. El transvestismo fetichista se distingue del transvestismo transexual por su evidente asociación con la excitación sexual y por el fuerte deseo de desprenderse del vestuario una vez que ocurre el orgasmo y que declina la excitación sexual. Puede tener lugar como fase más temprana en el desarrollo de un transexualismo.

Incluye: Fetichismo transvestista

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Se cumple el criterio general para los trastornos de la preferencia sexual F65.
- B. El fetiche (objeto inanimado) es la fuente más importante de estimulación sexual o es esencial para una respuesta sexual satisfactoria.
- C. La inversión del vestir está íntimamente relacionada con el deseo sexual. Una vez que se alcanza el orgasmo y declina el deseo sexual, hay un intenso deseo de quitarse las ropas fetiches.

**Anotación Latinoamericana**

La GLADP reconoce que en la práctica clínica, el criterio C resulta poco válido, por lo que sugiere considerarlos sólo marginalmente y con reserva en el proceso diagnóstico.

**F65.2** Exhibicionismo

Tendencia recurrente y permanente a exhibir los genitales a extraños (habitualmente del sexo opuesto) o a personas que se hallan en lugares públicos, sin invitarlas ni intentar ningún contacto más íntimo con ellas. Habitualmente, pero no siempre, hay excitación sexual en el momento de la exposición, y la acción con frecuencia es seguida de masturbación.

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Se cumple el criterio general para los trastornos de la preferencia sexual F65.
- B. Inclínación recurrente o persistente a exponer por sorpresa los genitales a extraños (generalmente del sexo opuesto), casi siempre acompañado de excitación sexual y de masturbación.
- C. No hay intención de contacto sexual con el “testigo” y ni siquiera incitación.

**Anotación Latinoamericana**

En ocasiones, la excitación sexual la produce la respuesta de miedo o asombro que se espera despertar en el, o los “testigo(s)”; en otras, el paciente vive la excitante fantasía de provocar deseos sexuales en ellos.

A estos casos se les considera “ofensores”, y con frecuencia enfrentan la posibilidad de ser encarcelados por su conducta. Aunque el término tiene connotaciones peyorativas, parece ser el que mejor destaca la naturaleza del trastorno. Debe añadirse que este impulso es incoercible, puede contenerse por algún tiempo, pero a la larga es inevitable que el paciente sucumba a él, lo que es muy importante desde el punto de vista médico legal.

### **F65.3** Voyeurismo

Tendencia recurrente y permanente a observar a personas que realizan actos sexuales o íntimos, como el de desvestirse. Esto se lleva a cabo sin que la persona observada se dé cuenta y habitualmente produce excitación sexual y masturbación.

Incluye: Escoptofilia

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Se cumple el criterio general para los trastornos de la preferencia sexual F65.
- B. Inclínación recurrente o persistente a mirar a personas realizando actividades sexuales o que están en situaciones íntimas tal 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 interpreta el criterio D como “Generalmente, el paciente no busca abordar sexualmente a la persona observada”. En algunos casos de pacientes con este trastorno, se puede establecer, en efecto, el deseo o la fantasía sexualmente excitante, de tener una relación sexual con la persona observada.

Para algunos expertos en sexualidad latinoamericanos, el concepto de voyeurismo y el de escoptofilia son diferentes. Algunos han recomendado incluir en la definición de este trastorno la fantasía de control sobre el objeto observado que muchos pacientes con este trastorno exhiben.

### **F65.4** Pedofilia

Preferencia sexual por los niños, de uno u otro sexo, o de ambos, por lo general de apariencia prepuberal.

Incluye: Paidofilia

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Se cumple el criterio general para los trastornos de la preferencia sexual F65.
- B. Inclínación persistente o predominante hacia la actividad sexual con uno o más prepúberes.
- C. La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos cinco años mayor que los niños por los que se siente atraído.

#### **Anotación Latinoamericana**

Se recomienda que en la formulación de este diagnóstico, el clínico emplee cautela, especialmente en su aplicación a individuos menores de 18 años. En estos casos, debe considerarse la persistencia de la conducta a la luz de consecuencias sociales y legales para el individuo, su compulsividad, la diferencia en edad con la víctima y la apariencia corporal (prepuberal o no) del objeto preferido.

**F65.5** Sadomasoquismo

Preferencia por una actividad sexual que implica infligir dolor, humillación o sometimiento. Si el paciente prefiere ser el receptor de tal estimulación, se le denomina masoquismo; si es el dador; se trata de sadismo. A menudo hay personas que obtienen excitación sexual tanto de actividades sádicas, como masoquistas.

Incluye: Masoquismo

Sadismo

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Se cumple el criterio general para los trastornos de la preferencia sexual F65.

B. Inclínación hacia un tipo de actividad sexual como receptor (masoquismo), como ejecutor (sadismo) o como ambas formas, que implica la presencia de al menos uno de los comportamientos siguientes:

- 1) Dolor.
- 2) Humillación.
- 3) Sojuzgación.

C. La actividad sadomasoquista es la fuente más importante de estimulación sexual o es necesaria para la gratificación sexual.

**Anotación Latinoamericana**

En relación con el criterio B3, este manual sugiere sustituir el término “sojuzgación” por el de “relación de dominación-sumisión”.

**F65.6** Trastornos múltiples de la preferencia sexual

A veces se da más de una preferencia sexual anormal en una persona, sin que predomine ninguna de ellas. La combinación más común es la de fetichismo con transvestismo y sadomasoquismo.

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

La probabilidad de inclinaciones sexuales anormales en un individuo es mayor de lo esperado por azar. De acuerdo con los objetivos de la investigación deben listarse los diferentes tipos de inclinación y su importancia relativa para el individuo. La combinación más frecuente es la de fetichismo, transvestismo y sadomasoquismo.

**F65.8** Otros trastornos de la preferencia sexual, especificados

Una diversidad de otros rasgos de la actividad y de la preferencia sexual, tales como la realización de llamadas telefónicas obscenas, el frotarse contra otras personas para lograr estimulación sexual en lugares públicos atestados, la actividad sexual con animales, o el uso de la estrangulación o de la anoxia para intensificar la excitación sexual.

Incluye: Froteurismo

Necrofilia

### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

Pueden presentarse otras variedades de inclinaciones y actividades sexuales inusuales.

Se pueden incluir aquí actividades como las llamadas telefónicas obscenas, el frotarse con otras personas en lugares concurridos para obtener estimulación sexual (froteurismo), las actividades sexuales con animales, el uso del estrangulamiento o la anoxia para intensificar la excitación sexual o la preferencia por parejas sexuales con alguna anomalía física, tal como la amputación de una extremidad.

Las prácticas eróticas son demasiado variadas y algunas son demasiado extrañas o idiosincrásicas como para justificar un solo apartado para ellas. Tragar la orina, untarse con heces, o pinchar en el prepucio o los pezones pueden ser parte del repertorio sadomasoquista. Son comunes los rituales masturbatorios de diferentes tipos, pero las prácticas más extremas, como la introducción de objetos en el recto o en la uretra, o la autoestrangulación parcial, cuando sustituyen a los contactos sexuales ordinarios, constituyen una anomalía. La necrofilia se debe clasificar también en este apartado.

### **Anotación Latinoamericana**

La GLADP propone que los criterios generales de esta categoría incluya 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 esta 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 anomalía en la preferencia sexual es responsable de dificultades en la formación y mantenimiento de una relación de pareja.

**Anotación Latinoamericana**

La GLADP cuestiona la validez de esta categoría tal y como está planteada por la CIE-10. Sin embargo la preserva para mantener su compatibilidad nosológica con aquella. Una propuesta para incrementar su utilidad clínica es mediante la inclusión de todas las causas potenciales de alterar el funcionamiento sexual de la pareja y no sólo aquellas que dependen de la orientación sexual. Un ejemplo, lo constituye el síndrome de pobre ajuste coital, en el cual no hay alteraciones en el funcionamiento sexual individual, pero la pareja no realiza una buena y satisfactoria relación sexual, por características particulares a ella, lo cual incluye ausencia de destrezas sexuales, resistencias o temores individuales, y diferencias significativas en las expectativas de cada uno sobre el coito. También la disparidad tiempo-frecuencia es uno de los motivos de consulta más frecuentes en la práctica clínica psiquiátrica sexológica.

**F66.8** Otros trastornos del desarrollo psicosexual, especificados

**F66.9** Trastorno del desarrollo psicosexual, no especificado

**F68** Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos

**F68.0** Elaboración de síntomas físicos [o mentales] por causas psicológicas

Los síntomas físicos compatibles con y originalmente debidos a un trastorno, a una enfermedad o a una incapacidad físicas confirmados, 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 propone designar esta categoría *Elaboración de síntomas físicos [o mentales] por causas psicológicas*, con el propósito de poder incluir aquí a aquellos pacientes que en lugar de la elaboración de síntomas físicos, o además de ellos, elaboran síntomas incapacitantes de naturaleza emocional, conductual o mental, sobre la base de trastornos morbosos de naturaleza psicológica y que cumplen, por lo demás, con las características generales de esta condición. Aquí la ganancia secundaria por la compensación económica que el paciente pueda recibir o por el soporte adicional del entorno, es sólo una motivación marginal del trastorno y no su motivación primordial.

Por otro lado, advierte la importancia de distinguir esta categoría de la simulación (Z76.5, ver Capítulo XXI de la CIE-10) en la que las manifestaciones aquí descritas tienen como propósito la obtención conciente de ventajas materiales o el eludir responsabilidades o situaciones desagradables. También debe distinguirse de F68.1, producción intencional de de síntomas o incapacidades tanto físicas como psicológicas (trastorno facticio).

**F68.1** Producción intencional o simulación de síntomas o de incapacidades, tanto físicas como psicológicas [trastorno facticio]

El paciente finge síntomas repetidamente, por razones no obvias e, incluso, puede llegar a autoinfligirse daños, para generar síntomas o signos. La motivación es oscura y presumiblemente interna, orientada a adoptar el comportamiento de enfermo. A menudo se combina con severos trastornos de la personalidad y de las relaciones.

Incluye: Paciente peregrinador

Síndrome de Münchhausen

Síndrome del visitante de hospitales

Excluye: Persona que se finge enferma (con motivación obvia) (Z76.5)

Dermatitis facticia (L98.1)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Actitud persistente de creación intencionada o fingimiento de síntomas, o producción de lesiones a sí mismo con el objeto de generar síntomas clínicos.
- B. No hay evidencia de una causa externa, como podría ser la posibilidad de una compensación económica, evasión de alguna situación peligrosa, demanda de mayor atención médica, etc. Si estuviera presente una de estas circunstancias se debe usar el código correspondiente del capítulo Z (simulación).
- C. Criterio de exclusión más comúnmente usado: ausencia de una enfermedad somática u otro trastorno mental que pudieran explicar los síntomas.

**F68.8** Otros trastornos especificados de la personalidad y de comportamiento en adultos

Incluye: Trastorno del carácter sin especificación

Trastorno de relación sin especificación

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

Debe usarse para clasificar aquellos trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto que no se ajusten a los aparatos anteriores.

**F69** Trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos, no especificado

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

Debe usarse sólo como último recurso, cuando se asume la existencia de un trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto pero se carece de la información necesaria para clasificarlo en alguno de los apartados específicos.

## Retraso mental (F70-F79)

### ÍNDICE DE ESTA SECCIÓN

Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
<b>F70</b>	Retraso mental leve	<b>F7x.0</b>	Con alteración del comportamiento mínima o ausente
<b>F71</b>	Retraso mental moderado	<b>F7x.1</b>	Con alteración del comportamiento importante que requiere atención o tratamiento
<b>F72</b>	Retraso mental grave	<b>F7x.8</b>	Con otras alteraciones del comportamiento
<b>F73</b>	Retraso mental profundo	<b>F7x.9</b>	Sin alusión a la alteración del comportamiento
<b>F78</b>	Otros tipos de retraso mental		
<b>F79</b>	Retraso mental, no especificado		

Para especificar la extensión de la alteración añadida del comportamiento, se añade un cuarto carácter:

### Anotación Latinoamericana

Se recomienda, para tener una clasificación más flexible y al mismo tiempo más informativa, el uso de las siguientes nuevas categorías opcionales:

- F74 Retraso mental leve a moderado
- F75 Retraso mental moderado a grave
- F76 Retraso mental grave a profundo

Es particularmente importante que el diagnóstico de todo paciente con retraso mental sea siempre multiaxial. 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:

1. Grado de retraso mental
2. Causa
3. Discapacidad sensoriomotriz
4. Síndrome psiquiátrico asociado
5. Adaptación psicosocial
6. Factores contextuales
7. Calidad de vida

### INTRODUCCIÓN A LA SECCIÓN

Estado de desarrollo mental incompleto o detenido y caracterizado especialmente por una alteración de las capacidades que se manifiestan durante la fase de desarrollo. Tales capacidades contribuyen al nivel global de la inteligencia e incluyen, por ejemplo, las funciones cognoscitivas, el lenguaje y las habilidades motrices o sociales. El retraso puede tener lugar con o sin otra alteración mental o física. Los grados de retraso mental se estiman, de manera convencional, a través de exámenes de inteligencia estandarizados, que pueden complementarse con escalas que evalúan la adaptación social en un ambiente determinado. Estas mediciones brindan una aproximación al grado de retraso mental. El diagnóstico dependerá, también, de la evaluación general del funcionamiento intelectual realizada por un evaluador calificado.

Las habilidades intelectuales y la adaptación social pueden cambiar con el tiempo y, aunque sean pobres, pueden mejorarse como resultado del adiestramiento y la rehabilitación. El diagnóstico deberá basarse en los niveles de funcionamiento actuales.

Las siguientes subdivisiones de cuarto carácter se usan con las categorías F70-F79 para identificar el grado de alteración del comportamiento:

- .0 Alteración del comportamiento nula o mínima
- .1 Alteración del comportamiento significativa, que requiere atención o tratamiento
- .8 Otras alteraciones del comportamiento
- .9 Alteración del comportamiento de grado no especificado

Use códigos adicionales, si desea identificar otras alteraciones asociadas, tales como el autismo, otros trastornos del desarrollo, la epilepsia, los trastornos de la conducta o la invalidez física grave.

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

No es posible especificar unos criterios diagnósticos de investigación del retraso mental que puedan ser aplicados internacionalmente, en el mismo sentido en que se ha hecho para los demás trastornos en el capítulo V (F). Esto se debe a que los dos componentes principales del retraso mental, el bajo rendimiento cognitivo y la competencia social disminuida están profundamente influidos por el entorno social y cultural. Por lo tanto aquí sólo se proporcionan normas muy generales sobre el diagnóstico.

#### *1. Nivel de rendimientos cognitivos*

Dependiendo de las normas culturales y de las expectativas de los sujetos, los investigadores deben decidir por sí mismos cómo estimar mejor el cociente intelectual o la edad mental de acuerdo con los rangos dados en F7.

Categoría	Retraso mental	CI	Edad mental en adultos
F70	Leve	50-69	9 a menos de 12 años
F71	Moderado	35-49	6 a menos de 9 años
F72	Grave	20-34	3 a menos de 6 años
F73	Profundo	< 20	menos de 3 años.

## 2. Nivel de competencia social

En la mayoría de las culturas europeas y americanas se recomienda emplear la Escala de Madurez Social de Vineland<sup>1</sup> si se considera apropiada (hacen falta versiones modificadas o escalas equivalentes para su uso en otras culturas).

### Anotación Latinoamericana

El retraso mental (RM) no es una unidad nosológica; por el contrario, 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:

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

Se recomienda:

*Con fines investigativos:*

1. Seguir las orientaciones de la CIE-10, lo cual, puede implicar el desarrollo de instrumentos de medición *sui generis* (o adaptación de los ya existentes), en aquellos medios culturales para los cuales no resultan útiles las escalas internacionalmente utilizadas.
2. El resultado final, debe basarse en la integración de los hallazgos clínicos y las pruebas aplicadas, debiendo descartarse de la muestra aquellos pacientes en quienes existan discrepancias entre ambas fuentes de información.

*Para uso clínico:*

1. Teniendo en cuenta, que como se ha explicado anteriormente, es posible que el clínico responsable de evaluar al paciente no cuente con los requisitos imprescindibles para aplicar de manera

<sup>1</sup> Doll, E. Vineland. Social Maturity Scale, condensed manual of directions. Circle Pines. American Guidance Service Inc., 1965

fiable pruebas de inteligencia, en la GLADP se admite (para fines asistenciales) que el diagnóstico de retraso mental se formule basándose exclusivamente en la clínica, siempre que se cumplan las siguientes condiciones: (a) No es posible disponer de pruebas psicológicas fiable. (b) Se aclare en el enunciado que se trata de un diagnóstico presuntivo o provisional.

2. Cuando existan discrepancias entre el resultado de las pruebas de inteligencia y la evaluación clínica integral del paciente, el caso, debe codificarse como diagnóstico diferido. Si por causa mayor, esto no fuese aconsejable, se dará preferencia a esta última, señalando el carácter presuntivo, o provisional del diagnóstico en el enunciado, por ejemplo:

*Retraso mental moderado [diagnóstico presuntivo]*

Las características evolutivas del retrasado mental de acuerdo con el grado de retraso, del U.S. Department of Health, Education and Welfare, 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<sup>2</sup>

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.

### **F70 Retraso mental leve**

Coficiente intelectual aproximado de 50 a 69 (en adultos, edad mental desde 9 hasta menos de 12 años). Es probable que determine algunas dificultades en el aprendizaje en la escuela. Muchos adultos serán capaces de trabajar y de mantener buenas relaciones sociales y de contribuir a la sociedad. Incluye: Debilidad mental

Subnormalidad mental leve

### **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 comunica-

<sup>2</sup>Ver “Características evolutivas del paciente con retraso mental de acuerdo con el grado de retraso”, del U. S. Department of Health, Education and Welfare, p. 2. United States Government Printing Office, Washington, 1963. Tomado de: Acosta Nodal et al (1983) Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas, 1ª ed. Hosp. Psiquiat. Hab., Habana, Cuba.

ción y habilidades académicas adecuadas. Los adultos necesitarán de grados variables de apoyo para vivir y trabajar en la comunidad.

Incluye Subnormalidad mental moderada

### **F72 Retraso mental grave**

Coefficiente 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.

Incluye Subnormalidad mental grave

### **F73 Retraso mental profundo**

Coefficiente 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.

Incluye Subnormalidad mental profunda

### **Anotación Latinoamericana**

En los grados de retraso mental grave y profundo, se hace más importante añadir a la descripción de la merma cognoscitiva la habitual concomitancia de importantes limitaciones sensoriales o motrices, que acentúan el grado de minusvalía y que: a) deben ser también codificadas; y b) requieren solución o mejoría como parte (a veces fundamental) del tratamiento.

### **F78 Otros tipos de retraso mental**

### **F79 Retraso mental, de grado no especificado**

Incluye: Deficiencia mental SAI

Subnormalidad mental SAI

### **Anotación Latinoamericana**

La GLADP 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 des-

de 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>Período de desarrollo</i>	<i>Características Evolutivas</i>
Edad preescolar de 0 a 5	Maduración y desarrollo. Puede desarrollar aptitudes sociales y de comunicación; hay un retardo mínimo sensorio-motor; a menudo no se distingue del sujeto normal hasta que es mayor.
Edad escolar de 6 a 20	Entrenamiento y educación. Puede lograr un aprendizaje académico hasta tener un nivel aproximado de séptimo grado hacia el final de la adolescencia; puede guiársele hacia la adaptación social.
Adultos de 21 en adelante	Competencia social y vocacional. Puede lograr capacidades sociales y vocacionales, que le facilitan un mantenimiento propio, pero puede necesitar orientación y apoyo cuando se encuentra bajo especial presión social y económica.

---

Grado de retraso mental: *Moderado*

<i>Período de desarrollo</i>	<i>Características Evolutivas</i>
Edad preescolar 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>Período de desarrollo</i>	<i>Características Evolutivas</i>
Edad preescolar 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>Período de desarrollo</i>	<i>Características Evolutivas</i>
Edad preescolar de 0 a 5	Maduración y desarrollo. Retraso grosero, capacidad mínima de funcionamiento en áreas sensorio- motoras; necesita ser cuidado.
Edad escolar de 6 a 20	Entrenamiento y educación. Hay algún desarrollo motor; puede responder a un entrenamiento mínimo o limitado en cuanto a valerse por sí mismo.
Adultos de 21 en adelante	Competencia social y vocacional. Capaz de algún desarrollo motor y del lenguaje; logra valerse por sí mismo de modo muy limitado y necesita ser cuidado.

## Trastornos del desarrollo psicológico (F80-F89)

### ÍNDICE DE ESTA SECCIÓN

Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
<b>F80</b>	Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje	<b>F82</b>	Trastorno específico del desarrollo de la función motriz
F80.0	Trastorno específico de la pronunciación	<b>F83</b>	Trastornos específicos mixtos del desarrollo
F80.1	Trastorno del lenguaje expresivo	<b>F84</b>	Trastornos generalizados del desarrollo
F80.2	Trastorno de la recepción del lenguaje	F84.0	Autismo en la niñez
F80.3	Afasia adquirida con epilepsia [Landau-Kleffner]	F84.1	Autismo atípico
F80.8	Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje, especificados	F84.2	Síndrome de Rett
F80.9	Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje, no especificado	F84.3	Otro trastorno desintegrativo de la niñez
<b>F81</b>	Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares	F84.4	Trastorno hiperactivo asociado con retraso mental y movimientos estereotipados
F81.0	Trastorno específico de la lectura	F84.5	Síndrome de Asperger
F81.1	Trastorno específico del delecteo [ortografía]	F84.8	Otros trastornos generalizados del desarrollo, especificados
F81.2	Trastorno específico de las habilidades aritméticas	F84.9	Trastorno generalizado del desarrollo, no especificado
F81.3	Trastorno mixto de las habilidades escolares	<b>F88</b>	Otros trastornos especificados del desarrollo psicológico
F81.8	Otros trastornos especificados del desarrollo de las habilidades escolares	<b>F89</b>	Trastorno del desarrollo psicológico, no especificado
F81.9	Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, no especificado		

### INTRODUCCIÓN A LA SECCIÓN

Los trastornos incluidos en este grupo tienen en común lo siguiente: a) comienzan invariablemente durante la infancia o la niñez; b) hay menoscabo o retardo del desarrollo de funciones estrechamente relacionadas con la maduración biológica del sistema nervioso central; c) son de curso progresivo, sin remisiones ni recaídas. En la mayoría de los casos las funciones afectadas abarcan al lenguaje, las habilidades viso-espaciales y la coordinación motriz. Por lo común, el retraso o el menoscabo de tales funciones se hacen evidentes tan pronto como se los puede detectar en forma confiable y disminuyen progresivamente a medida que los niños crecen, aunque a menudo se mantienen déficits leves durante la vida adulta.

### Anotación Latinoamericana

En países industrializados o en ambientes clínicos en los que se dispone de ellas, las pruebas sistematizadas y estandarizadas del nivel de desarrollo de las funciones relacionadas con el lenguaje, la motricidad y el aprendizaje constituyen el criterio fundamental para formular estos diagnósticos. Es obvio que en muchos países de América Latina este no es el caso. En tal situación, el clínico debe considerar, primero, que las pruebas a utilizar (si se dispone de ellas) sean adecuadamente adaptadas y estandarizadas para el contexto cultural del paciente evaluado; y segundo, que si no se dispone de tales pruebas, la anormalidad en el desarrollo se aparte considerablemente de lo que es la norma para sujetos de la edad y nivel intelectual dentro del contexto cultural del paciente.

### **F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje**

Son trastornos en los cuales las formas normales de la adquisición del lenguaje se encuentran perturbadas desde etapas tempranas del desarrollo. Estos estados no son directamente atribuibles a anormalidades neurológicas o de los mecanismos del habla, daños sensoriales, retraso mental o factores ambientales. Los trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje son seguidos a menudo por problemas asociados, como dificultades en la lectura y en la ortografía, anormalidades en las relaciones interpersonales y trastornos emocionales y de la conducta.

### Anotación Latinoamericana

Estos trastornos, considerados primarios, pues su causalidad no puede asociarse a ningún otro trastorno identificable, suelen ser atendidos primariamente por especialistas como fonoatras, logopedas, fonoaudiólogos o terapeutas del habla, antes que psicólogos o psiquiatras. Sin embargo, se incluyen aquí por su frecuente asociación con alteraciones secundarias o concomitantes de las emociones y el comportamiento. El clínico debe estar advertido de las diferencias que se dan en la terminología empleada por los sistemas internacionales de clasificación y la literatura especializada, por lo que se recomienda revisar cuidadosamente los términos que cada categoría

incluye y excluye. Debido a que no existe consenso respecto del mejor modelo para describir los procesos de adquisición de las capacidades de comunicación, la organización taxonómica de sus trastornos aquí propuesta no representa la única clínicamente útil y por lo tanto es susceptible de modificarse y de mejorarse en el futuro.

Tanto o más que en otras áreas de la clínica, la evaluación y formulación competente de los trastornos de esta sección, requieren un conocimiento adecuado de los procesos de desarrollo de estas funciones en el niño pequeño y el preescolar, para poder identificar sus menoscabos, déficits o desviaciones cualitativas.

La GLADP advierte una inconsistencia taxonómica importante al incluir F80.0, Trastorno específico de la pronunciación (que incluye a 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”<sup>1</sup>, lo que la haría incompatible con los criterios generales de F80. Esta inconsistencia, que se preserva aquí para mantener la compatibilidad con la CIE-10, debe corregirse en versiones sucesivas de este Manual.

Otra inconsistencia taxonómica, que debe corregirse en versiones sucesivas de esta manual, es la no inclusión en esta sección de trastornos también primarios y específicos del habla, como el tartamudeo (F98.5) y el farfullero, taquifemia o tartaleo (F98.6).

### **F80.0** Trastorno específico de la pronunciación

Trastorno específico del desarrollo, en el cual la utilización que el niño hace de los sonidos del habla está por debajo del nivel adecuado para su edad mental, aunque sin embargo hay un nivel normal de habilidades en el lenguaje.

Incluye: Dislalia

Lambdacismo (lalación)

Paralambdacismo

Sigmatismo

Gammacismo

Trastorno del desarrollo fonológico

Trastorno del desarrollo de la pronunciación

Trastorno funcional de la pronunciación

Dispraxia del desarrollo del habla

<sup>1</sup> Grez, T. (2000). Trastornos del habla y del lenguaje. En H. Montenegro y H. Guajardo (Eds.) *Psiquiatría del niño y del adolescente*, 2ª. Ed. Pags. 186-197. Santiago, Chile: Mediterráneo.

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 (“cashá” 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 1 desviación estándar por debajo del CI no verbal medido en una prueba estandarizada.
- C. Capacidad de comprensión del lenguaje, medida en un test estandarizado dentro del rango de 2 desviaciones estándar para la edad del niño.
- D. Utilización y comprensión de la comunicación y funciones no verbales del lenguaje dentro de un rango normal.
- E. Ausencia de déficits neurológicos, sensoriales o somáticos, que afecten directamente a la expresión del lenguaje o de un trastorno generalizado del desarrollo (F84.-).
- F. Criterios de exclusión frecuente: CI no verbal inferior a 70 medido en una prueba estandarizada.

#### **Anotación Latinoamericana**

Las características clínicas de este trastorno dependen de su gravedad y de la edad del niño afectado y pueden incluir la presencia primaria, consistente e inapropiada para el nivel de desarrollo del paciente, de un vocabulario muy limitado, acompañado de errores en la evocación y utilización de palabras para denominar objetos o acciones. También se suele ver alteraciones en la estructuración gramatical del lenguaje expresivo, tales como la omisión de palabras críticas dentro de la oración o el uso de un orden peculiar e idiosincrásico de las palabras. En la historia de desarrollo de estos niños, con frecuencia se encuentra que empezaron a hablar tardíamente y que progresaron lentamente a lo largo de las diversas etapas de su desarrollo lingüístico.

La evaluación sistemática de las habilidades lingüísticas debe tomar en cuenta los factores culturales y contextuales del paciente. Aspectos tales como migración reciente, bilingüismo y la utilización de pruebas adecuadamente validadas para el grupo de referencia del paciente deben ser cuidadosamente consideradas.

#### **F80.2** Trastorno de la recepción del lenguaje

Trastorno específico del desarrollo en el cual la comprensión que el niño tiene del lenguaje se halla por debajo del nivel adecuado para su edad mental. Prácticamente en todos los casos la expresión del

lenguaje se encuentra también notablemente deteriorada, y son frecuentes las anomalías en la producción del sonido de las palabras.

Incluye: Afasia del desarrollo, de Wernicke

Afasia o disfasia del desarrollo, de tipo receptivo

Falta de percepción auditiva, congénita

Sordera a las palabras

Excluye: Afasia adquirida con epilepsia [Landau-Kleffner] (F80.3)

Autismo (F84.0-F84.1)

Disfasia o afasia de tipo expresivo (F80.1)

Disfasia o afasia sin especificación (R47.0)

Mutismo electivo (F94.0)

Retardo del lenguaje secundario a sordera (H90-H91)

Retraso mental (F70-F79)

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

*Nota:* También conocido como trastorno mixto expresión comprensión.

- A. Capacidad de comprensión del lenguaje medida con una prueba estandarizada por debajo de 2 desviaciones estándar para la edad cronológica del niño.
- B. Capacidad de comprensión al menos 1 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 anormalidades paroxísticas en el electroencefalograma y, en la mayoría de los casos, también hay convulsiones epilépticas. Habitualmente comienza entre los 3 y los 7 años de edad, y las habilidades se pierden en un lapso de días o de semanas. La relación temporal entre el comienzo de las convulsiones y la pérdida del lenguaje es variable, y la una precede a la otra (en cualquier orden) por un período que va de unos pocos meses a dos años. En la etiología se sugiere la posibilidad de un proceso inflamatorio del encéfalo. Alrededor de los dos tercios de los niños que lo sufren, quedan con un déficit receptivo del lenguaje más o menos grave.

Excluye: Afasia (debida a):

- Sin especificación (R47.0)
- autismo (F84.0-F84.1)
- trastornos desintegrativos de la infancia (F84.2-F84.3)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Pérdida grave del lenguaje expresivo y receptivo en el curso de un lapso no superior a seis meses.
- B. Desarrollo normal del lenguaje anterior a dicha pérdida.
- C. Anomalías en el EEG de tipo paroxístico presentes en uno o ambos lóbulos temporales, las cuales se manifiestan en el período comprendido desde dos años antes a dos años después de la pérdida del lenguaje.
- D. Función auditiva dentro de la normalidad.
- E. El nivel de inteligencia no verbal permanece dentro de los límites normales.
- F. Ausencia de trastornos neurológicos, a excepción de las anormalidades 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 puede ser explicada por un retraso mental o por alteraciones neurológicas, sensoriales o somáticas que afectan directamente al habla o al lenguaje

**F81 Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares**

Son trastornos en los cuales se hallan deterioradas las pautas normales de la adquisición de habilidades, desde etapas tempranas del desarrollo. Esto no es una simple consecuencia de la falta de oportunidades para aprender. Tampoco es producto de un retraso mental exclusivamente, ni es causado por ningún tipo de trauma o de enfermedad cerebral adquiridos.

**Anotación Latinoamericana**

En sitios donde se dispone de ellas, las pruebas estandarizadas e individualmente administradas de rendimiento en lectura, escritura y matemáticas, ofrecen la base para el diagnóstico de estos trastornos. Típicamente, se utiliza el nivel de inteligencia como marco de referencia y un criterio estadístico (un déficit de al menos 2 desviaciones estándar entre el puntaje en la prueba específica de la función escolar y el esperable según el CI del paciente y su edad cronológica) para demarcar la línea divisoria entre un desarrollo normal y otro menoscabado de tales funciones.

El contexto escolar y cultural del paciente, así como la utilización de pruebas validadas para dichos contextos deben ser cuidadosamente considerados cuando se interpreta los resultados de la evaluación de pacientes con estos trastornos. Esto es de especial importancia cuando se evalúa a personas que han migrado de América Latina a otros países y cuando los evaluadores puedan no estar adecuadamente familiarizados con la cultura del paciente.

**F81.0 Trastorno específico de la lectura**

Su característica principal es un menoscabo específico y significativo del desarrollo de las habilidades de la lectura, que no puede ser atribuido exclusivamente a la edad mental, problemas de agudeza visual, o a una enseñanza inadecuada. Pueden alterarse la habilidad para comprender la lectura, la capacidad para reconocer palabras escritas (mediante la lectura), la habilidad para la lectura oral y el desempeño de tareas que requieren lectura. Con el trastorno específico de la lectura se asocian con frecuencia dificultades en la ortografía, las cuales subsisten a menudo hasta la adolescencia, incluso después de haberse realizado algún progreso en la lectura. Los trastornos específicos del desarrollo de la lectura son precedidos generalmente por una historia de trastornos del desarrollo del habla o del lenguaje. Son frecuentes las perturbaciones emocionales y de la conducta concomitantes, durante la edad escolar.

Incluye: Dislexia del desarrollo

Lectura “hacia atrás»

Retraso específico de la lectura

Excluye: Alexia sin especificación (R48.0)

Dificultades para la lectura secundarias a trastornos emocionales (F93.-)

Dislexia sin especificación (R48.0)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Presencia de uno de los siguientes:

- 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 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 los conocimientos generales del niño.
- B. La alteración de A interfiere significativamente con los resultados académicos y con las actividades diarias que requieren de la lectura.
- C. No debido directamente a un defecto visual o auditivo o a un trastorno neurológico.
- D. Escolarización y educación han sido normales (es decir, la escolarización ha sido razonablemente adecuada).
- E. Criterio de exclusión frecuente: CI por debajo de 70 en una prueba estandarizada.

### Anotación Latinoamericana

La GLADP sugiere interpretar con cautela el criterio E, que aquí se ha mantenido para preservar la compatibilidad de este manual con la CIE-10. En el diagnóstico de esta condición debe prevalecer el criterio general (criterio A1) que indica que la función específica de la lectura debe estar considerablemente (2 desviaciones estándar) por debajo de lo esperable para el CI y la edad del paciente. Esto quiere decir que es concebible el diagnóstico de Trastorno específico de la lectura en presencia de un retraso mental, lo que haría el criterio E completamente inoperante.

#### **F81.1** Trastorno específico del deletreo [ortografía]

Este es un trastorno cuya característica principal es un déficit específico y significativo en el desarrollo de las habilidades para deletrear, en ausencia de una historia de trastorno específico de la lectura. El trastorno no es exclusivamente atribuible a una baja edad mental, problemas de agudeza visual o una enseñanza inadecuada. Se halla afectada la habilidad para deletrear y para escribir correctamente cada palabra.

Incluye: Retraso específico de la ortografía (sin trastorno de la lectura).

Excluye: Agrafía sin especificación

Dificultades con el deletreo [ortografía]:

- asociadas con un trastorno de la lectura (F81.0)
- debidas a enseñanza inadecuada (Z55.8)

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Una puntuación obtenida mediante una prueba estandarizada de ortografía que está por lo menos

- 2 desviaciones típicas por debajo del nivel esperable, de acuerdo con la edad cronológica del niño y su nivel de inteligencia.
- B. Rendimiento en la precisión de la lectura, comprensión y cálculo dentro de límites normales ( $\pm 2$  desviaciones típicas respecto de la media).
- C. No hay antecedentes de dificultades significativas para la lectura.
- D. Escolarización y educación dentro de límites normales (es decir, la escolarización ha sido razonablemente adecuada).
- E. Las dificultades ortográficas aparecen desde los estadios precoces del aprendizaje de la ortografía.
- F. La alteración en A interfiere significativamente con los resultados académicos y las actividades diarias que requieren calidad ortográfica.
- G. Criterio de exclusión frecuente: CI por debajo de 70 en una prueba estandarizada.

### Anotación Latinoamericana

La GLADP sugiere interpretar con cautela el criterio G, que aquí se ha mantenido para preservar la compatibilidad de este manual con la CIE-10. En el diagnóstico de esta condición debe prevalecer el criterio general (criterio A) que indica que la función específica del deletreo [ortografía] debe estar considerablemente (2 desviaciones estándar) por debajo de lo esperable para el CI y la edad del paciente. Esto quiere decir que es concebible el diagnóstico de Trastorno específico del deletreo [ortografía] en presencia de un retraso mental, lo que haría el criterio G completamente inoperante.

### F81.2 Trastorno específico de las habilidades aritméticas

Este trastorno implica un déficit específico y significativo en las habilidades aritméticas, que no es exclusivamente explicable por la presencia de un retraso mental generalizado o por una enseñanza inadecuada. El déficit afecta al dominio de las habilidades elementales para la adición, sustracción, multiplicación y división antes que al de las habilidades matemáticas más abstractas, concernientes al álgebra, la trigonometría, la geometría o el cálculo.

Incluye: Acalculia del desarrollo

Síndrome del desarrollo de Gerstmann

Trastorno (del aprendizaje) aritmético del desarrollo

Excluye: Acalculia sin especificación (R48.8)

Dificultades aritméticas:

- asociadas con un trastorno de la lectura o del deletreo [ortografía] (F81.3)
- debidas a enseñanza inadecuada (Z55.8)

### Criterios Diagnósticos de Investigación

- A. Una puntuación obtenida mediante una prueba estandarizada de cálculo que está por lo menos 2 desviaciones típicas por debajo del nivel esperable de acuerdo con la edad cronológica del niño y su nivel de inteligencia.

- B. Unos rendimientos en precisión de la lectura, comprensión y cálculo dentro de límites normales (+/- 2 desviaciones típicas respecto de la media).
- C. No existen antecedentes de problemas ortográficos significativos o para la lectura.
- D. Escolarización y educación normales (es decir, la escolarización no ha sido notoriamente inadecuada).
- E. Las dificultades para el cálculo están presentes desde los estadios precoces del aprendizaje.
- F. La alteración en A interfiere significativamente con los resultados académicos y con las actividades diarias que requieren el uso del cálculo.
- G. Criterio de exclusión frecuente: CI inferior a 70 en una prueba estandarizada.

### Anotación Latinoamericana

La GLADP sugiere interpretar con cautela el criterio G, que aquí se ha mantenido para preservar la compatibilidad de este manual con la CIE-10. En el diagnóstico de esta condición debe prevalecer el criterio general (criterio A) que indica que la función específica de las habilidades aritméticas debe estar considerablemente (2 desviaciones estándar) por debajo de lo esperable para el CI y la edad del paciente. Esto quiere decir que es concebible el diagnóstico de Trastorno específico de las habilidades aritméticas en presencia de un retraso mental, lo que haría el criterio G completamente inoperante.

### F81.3 Trastorno mixto de las habilidades escolares

Esta es una categoría residual mal definida en la que el déficit significativo en el desarrollo de las habilidades aritméticas se combina con un déficit en el desarrollo de las habilidades de la lectura o de la ortografía, y en la que tales menoscabos no se pueden explicar en términos de retraso mental generalizado o de una escolarización inadecuada. Debe ser usada para los trastornos que cumplen con los criterios para F81.2, junto con F81.0 o F81.1.

Incluye: Trastorno específico del cálculo

Excluye: Trastorno específico (del, de la, de las):

- deletreo [ortografía] (F81.1)
- habilidades aritméticas (F81.2)
- lectura (F81.0)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

### Anotación Latinoamericana

La GLADP propone los siguientes Criterios Diagnósticos de Investigación:

A. Se cumplen los criterios diagnósticos para F81.2, Trastorno específico de las habilidades aritméticas, junto con los de F81.0, Trastorno específico de la lectura, o F81.1, Trastorno específico del deletreo [ortografía].

B. La presencia o magnitud del trastorno, no puede ser atribuida a la presencia de retraso mental, pobre escolarización o a otro trastorno somático o mental codificable en sí mismo

**F81.8** Otros trastornos especificados del desarrollo de las habilidades escolares  
Incluye: Trastorno del desarrollo de la expresión escrita

**F81.9** Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, no especificado  
Incluye: Incapacidad para adquirir conocimientos sin especificación  
Incapacidad para el aprendizaje sin especificación  
Trastorno del aprendizaje sin especificación

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

Deberá evitarse en lo posible esta categoría, y reservarse para aquellos trastornos específicos en los que existe una alteración significativa del aprendizaje no debida a retraso mental, problemas auditivos o visuales o a escolarización inadecuada.

**F82 Trastorno específico del desarrollo de la función motriz**

Es un trastorno cuya característica principal consiste en un notable deterioro del desarrollo de la coordinación motriz, que no es exclusivamente explicable en términos de un retraso mental, ni por la presencia de un trastorno neurológico específico congénito o adquirido. Sin embargo, un examen clínico cuidadoso demuestra, en la mayoría de los casos, la presencia de inmadurez marcada del desarrollo neurológico, con síntomas tales como movimientos coreiformes de las extremidades sin apoyo, movimientos en espejo y otras alteraciones motrices asociadas, así como signos de deterioro de las coordinaciones motrices fina y gruesa.

Incluye: Dispraxia del desarrollo

Síndrome del niño torpe

Trastorno del desarrollo de la coordinación

Excluye: Anormalidades de la marcha y de la movilidad (R26.-)

Falta de coordinación (R27.-)

- secundaria a retraso mental (F70-F79)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Un rendimiento obtenido mediante una prueba estandarizada de coordinación de movimientos que se halla por lo menos dos desviaciones típicas por debajo del nivel esperable y para la edad cronológica del niño.
- B. La alteración en A interfiere significativamente con el rendimiento escolar y la actividad diaria.
- C. Ausencia de trastorno neurológico.
- D. Criterio de exclusión frecuente: CI inferior a 70 en una prueba estandarizada.

### Anotación Latinoamericana

La GLADP sugiere interpretar con cautela el criterio D, que aquí se ha mantenido para preservar la compatibilidad de este manual con la CIE-10. En el diagnóstico de esta condición debe prevalecer el criterio general (criterio A) que indica que la función específica de la motricidad debe estar considerablemente (2 desviaciones estándar) por debajo de lo esperable para el CI y la edad del paciente. Esto quiere decir que es concebible el diagnóstico de Trastorno específico de la motricidad en presencia de un retraso mental, lo que haría el criterio D completamente inoperante.

### F83 Trastornos específicos mixtos del desarrollo

Esta es una categoría residual para los trastornos en los cuales hay cierta mezcla de trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje, las habilidades escolares y la función motriz, pero sin que ninguno de ellos predomine en grado suficiente como para constituir el diagnóstico principal. Esta categoría mixta debe ser usada sólo cuando hay una gran superposición de todos estos trastornos específicos del desarrollo. Habitualmente, pero no siempre, se asocian con algún grado de deterioro intelectual general de las funciones cognitivas. De aquí que deba ser utilizada cuando se dan disfunciones que cumplen con los criterios de dos o más categorías en F80.-, F81.- y F82.

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

### Anotación Latinoamericana

La GLADP 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 si mismo.

Por su importancia epidemiológica y de salud pública (asignación de recursos para programas específicos de prevención o tratamiento), en la GLADP 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 anomalías 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 anomalías cualitativas constituyen un rasgo que afecta el funcionamiento de la persona en todas las situaciones.

Debe utilizarse un código adicional si desea indicar la presencia de cualquier condición médica concomitante, o de retraso mental.

**F84.0 Autismo en la niñez**

Es un trastorno generalizado del desarrollo que se define por: a) la presencia de un desarrollo anormal o menoscabado que se manifiesta antes de la edad de los 3 años; b) un funcionamiento anormal en las tres áreas de la psicopatología: interacción social recíproca; comunicación; y comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo. Además de estas características diagnósticas específicas, es frecuente una variedad de otros problemas no específicos, tales como fobias, trastornos del sueño y de la ingestión de alimentos, rabietas y agresiones o autoagresiones.

Incluye: Autismo infantil

    Psicosis infantil

    Síndrome de Kanner

    Trastorno autístico

Excluye: Psicopatía autística (F84.5)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Un desarrollo anormal o alterado, evidente antes de los tres años de edad, en al menos una de las siguientes áreas:

- 1) Lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social.
- 2) Vínculos sociales selectivos o interacción social recíproca.
- 3) Juego simbólico o funcional.

B. Deben estar presentes al menos seis síntomas de (1), (2) y (3), incluyendo al menos dos de (1) y al menos uno de (2) y otro de (3):

- 1) Alteración cualitativa de la interacción social recíproca. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en por lo menos dos de las siguientes áreas:
  - a) Fracaso en la utilización adecuada del contacto visual, de la expresión facial, de la postura corporal y de los gestos para la interacción social.
  - b) Fracaso del desarrollo (adecuado a la edad mental y a pesar de las ocasiones para ello) de relaciones con otros niños que impliquen compartir intereses, actividades y emociones.
  - c) Ausencia de reciprocidad socio-emocional, puesta de manifiesto por una respuesta alterada o anormal hacia las emociones de las otras personas, o falta de modulación del comportamiento en respuesta al contexto social o débil integración de los comportamientos social, emocional y comunicativo.

- d) Ausencia de interés en compartir las alegrías, los intereses o los logros con otros individuos (por ejemplo, la falta de interés en señalar, mostrar u ofrecer a otras personas objetos que despierten el interés del niño).
- 2) Alteración cualitativa en la comunicación. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en, por lo menos, una de las siguientes cinco áreas:
  - a) Retraso o ausencia total de desarrollo del lenguaje hablado que no se acompaña de intentos de compensación mediante el recurso a gestos alternativos para comunicarse (a menudo precedido por la falta de balbuceo comunicativo).
  - b) Fracaso relativo para iniciar o mantener la conversación, proceso que implica el intercambio recíproco de respuestas con el interlocutor (cualquiera que sea el nivel de competencia en la utilización del lenguaje alcanzado).
  - c) Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso idiosincrásico de palabras o frases.
  - d) Ausencia de juegos de simulación espontáneos o ausencia de juego social imitativo en edades más tempranas.
- 3) Presencia de formas restrictivas, repetitivas y estereotipadas del comportamiento, los intereses y la actividad en general. Para el diagnóstico se requiere la presencia de anomalías demostrables en, al menos, una de las siguientes seis áreas:
  - a) Dedicación apasionada a uno o más comportamientos estereotipados que son anormales en su contenido. En ocasiones, el comportamiento no es anormal en sí, pero sí lo es la intensidad y el carácter restrictivo con que se produce.
  - b) Adherencia de apariencia compulsiva a rutinas o rituales específicos carentes de propósito aparente.
  - 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).
- C. El cuadro clínico no puede atribuirse a las otras variedades de trastorno generalizado del desarrollo, a trastorno específico del desarrollo de la comprensión del lenguaje (F80.2) con problemas socio-emocionales secundarios, a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia (F94.1) tipo desinhibido (F94.2), a retraso mental (F70-72) acompañados de trastornos de las emociones y del comportamiento, a esquizofrenia (F20) de comienzo excepcionalmente precoz ni a síndrome de Rett (F84.2).

### **Anotación Latinoamericana**

Este trastorno se codifica aquí cuando se trata de un síndrome primario.

La presencia de otro trastorno concomitante que no se considere causa primaria del comportamiento autístico, ni parte sintomática del trastorno generalizado del desarrollo, pero que sea objeto de atención clínica particular, debe codificarse adicionalmente. Tal es el caso, por ejem-

plo, de un trastorno de la actividad y la atención (F90.0) o un trastorno del humor [afectivo] (F30-F39).

En el caso en que el síndrome autístico se considera claramente la consecuencia secundaria de un retraso mental profundo o de un trastorno específico grave del lenguaje, éstos, el retraso mental y el trastorno del lenguaje, se constituyen en el diagnóstico primario. En estos casos, se recomienda emplear el código F84.12, Autismo atípico (secundario a) para indicar la presencia del síndrome autístico como una condición secundaria.

Debe tomarse en cuenta, que un porcentaje alto de pacientes con autismo primario evolucionan progresivamente a un nivel de funcionamiento intelectual compatible con el diagnóstico de retraso mental. En esos casos, se formulará el diagnóstico de Autismo de la niñez (F84.0) y se codificará, adicionalmente, el diagnóstico de retraso mental como condición adicional secundaria. En el caso de la presencia simultánea de una condición psiquiátrica más amplia, como la esquizofrenia, con comportamientos autísticos, ésta, la esquizofrenia, cobra preeminencia diagnóstica y los síntomas autísticos pasan a considerarse parte de la sintomatología esquizofrénica. Sólo si se consideran objeto particular de atención clínica se registrarán adicionalmente, utilizando el código F84.12, Autismo atípico (secundario a esquizofrenia).

En un número considerable de casos, se puede encontrar, simultáneamente con la sintomatología autística, otras condiciones médicas no psiquiátricas, frecuentemente consideradas como causas etiológicas del autismo. En estos casos, la GLADP 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 indicar 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 encuentran anormalidades demostrables suficientes en una o en dos de las tres áreas de la psicopatología suficientes para el diagnóstico de autismo de la niñez (F84.0) (a saber, interacción social recíproca, comunicación, y comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo), a pesar de que haya anormalidades características en la(s) otra(s) área(s). El autismo atípico se desarrolla más a menudo en personas con retraso mental profundo y en personas con un trastorno específico grave del lenguaje receptivo.

Incluye: Psicosis atípica de la niñez

Retraso mental con rasgos autísticos

Use código adicional (F70-F79), si desea identificar el retraso mental.

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Presencia de un desarrollo anormal o alterado aparecido a los tres o *después de los tres años de edad* (el criterio es como el del autismo a excepción de la edad de comienzo).
  - B. Alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca o alteraciones cualitativas en la comunicación o formas de comportamiento, intereses o actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas (el criterio es como para el autismo a excepción de que no es necesario satisfacer los criterios en términos del número de áreas de anormalidad).
  - C. No se llega a satisfacer los criterios diagnósticos de autismo en la niñez (F84.0).
- El autismo puede ser atípico tanto en la edad de comienzo (F84.10) como por sus manifestaciones clínicas (F84.11). Un quinto dígito permite diferenciarlos con fines de investigación. Los síndromes que no puedan incluirse en uno de ellos se codificarán como F84.12.

**F84.10** Atipicidad en la edad de comienzo

- A. No se satisface el criterio A del autismo (F84.0). Esto es, la anomalía del desarrollo se manifiesta sólo a los tres años de edad o con posterioridad.
- B. Se satisfacen los criterios B y C del autismo de la niñez (F84.0).

**F84.11** Atipicidad sintomática

- A. Satisface el criterio A del autismo (es decir, anomalía del desarrollo de comienzo *antes de los tres años de edad*).
- B. Alteraciones cualitativas en las interacciones sociales que implican reciprocidad, o en la comunicación, o bien formas de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas. Los criterios son similares a los del autismo excepto en que no hacen referencia a un 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 recomienda que esta categoría diagnóstica residual sea empleada únicamente cuando otros trastornos generalizados del desarrollo hayan sido claramente excluidos. Esto es particularmente importante en el caso de F84.3, Otro trastorno desintegrativo de la niñez, que debe tener preeminencia taxonómica y cuya descripción fenomenológica tiene extraordinario parecido con las descripciones que CIE-10 ofrece para el Autismo atípico. El uso clínico apropiado de F84.1, Autismo atípico, se describe en detalle en la anotación de F84.0 (ver).

Se sugiere que, cuando el síndrome autista sea plenamente explicado como parte de un trastorno más amplio, el diagnóstico primario sea este último. En ese caso, el comportamiento autista se debe codificar como un segundo diagnóstico si se desea registrarlo. Por ejemplo:

1. Retraso mental profundo (RMP) (F73)
2. Autismo atípico (asociado a RMP.) (F84.12)

Ver anotación de F84.0

### F84.2 Síndrome de Rett

Afección hasta ahora encontrada sólo en niñas, en la cual un desarrollo psicomotriz inicial aparentemente normal, es seguido por una pérdida parcial o total del habla y un deterioro de las habilidades para la locomoción y para la utilización de las manos, junto con una desaceleración del crecimiento cefálico, que comienza habitualmente entre los 7 y los 24 meses de edad. Son característicos la pérdida de los movimientos voluntarios de las manos, el retorcimiento estereotipado de las mismas y la hiperventilación. Se detiene el desarrollo social y el del juego, pero el interés social tiende a mantenerse. Alrededor de los 4 años de edad comienzan a desarrollarse la ataxia y la apraxia del tronco, lo cual con frecuencia es seguido por la aparición de movimientos 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<sup>2</sup>. Sin embargo, en presencia de un cuadro clínicamente sugestivo, la identificación de tal mutación no se considera imprescindible para la formulación del diagnóstico.

### F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la niñez

Tipo de trastorno generalizado del desarrollo que se define por un periodo de desarrollo enteramente normal, anterior al comienzo del trastorno, seguido por una pérdida definida de las habilidades previamente adquiridas en varias esferas del desarrollo en el curso de unos pocos meses. Esto se acompaña típicamente de una pérdida generalizada del interés por el entorno, de amaneramientos motrices estereotipados repetitivos y de un deterioro de la interacción social y de la comunicación, similar al deterioro autístico. En algunos casos se puede demostrar que el trastorno se debe a alguna encefalopatía asociada, pero el diagnóstico debería hacerse sobre la base de los síntomas conductuales.

Incluye: Demencia infantil

Psicosis desintegrativa

Psicosis simbiótica

Síndrome de Heller

Use código adicional, si desea identificar cualquier afección neurológica asociada.

Excluye: Síndrome de Rett (F84.2)

#### Crterios Diagnósticos de Investigación

- A. Desarrollo aparentemente normal hasta *al menos 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).

<sup>2</sup> Amir, R. E., Van der Veyver, I. B., Schultz, R., et al (2000). Influence of mutation type and X chromosome inactivation on Rett syndrome phenotypes. *Annals of Neurology*, 47, 670-679.

- 3) Patrones restringidos de comportamiento, intereses y actividades repetitivas y estereotipadas, entre ellas, estereotipias motrices y manierismos.
  - 4) Pérdida global de interés por los objetos y por el entorno en general.
- D. El trastorno no se puede atribuir a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a epilepsia adquirida con afasia (F80.6), a mutismo selectivo (F94.0), a esquizofrenia (F20.F29), ni a síndrome de Rett (F84.2).

### Anotación Latinoamericana

La característica clínica que le ofrece especificidad nosológica a este trastorno es la *marcada y rápida* regresión (en el curso de muy pocos meses) que se puede observar en múltiples áreas del funcionamiento psicomotriz, social y adaptativo en un niño que evolucionaba normalmente hasta por lo menos los dos años de edad. El cuadro clínico “típico” suele ser el de un niño de 5 a 7 años de edad que, súbitamente, empieza a mostrar esta notable regresión en *casi todas* las áreas de su funcionamiento. Estos niños suelen desarrollar, progresiva y rápidamente, un cuadro autístico sintomático que es indistinguible del Autismo infantil (F84.0), excepto por la edad en que tal síndrome autístico se inicia.

En caso de considerarse conveniente para el caso particular, el diagnóstico de F84.12, Autismo atípico asociado a otro trastorno desintegrativo de la niñez, podría agregarse como condición secundaria.

**F84.4** Trastorno hiperactivo [hipercinético] asociado con retraso mental y movimientos estereotipados. Es un trastorno mal definido, de validez nosológica dudosa. La categoría se destina para la inclusión de un grupo de niños con retraso mental grave (CI menor de 35), cuyos problemas principales se manifiestan en la hiperactividad y en la esfera de la atención, como también a través de comportamientos estereotipados. Tienden a no mejorar con fármacos estimulantes (a diferencia de aquellos que tienen un CI dentro de límites normales), y pueden evidenciar reacciones disfóricas graves (a veces con retraso psicomotor), cuando se les administra estos fármacos. Durante la adolescencia, la hiperactividad tiende a ser reemplazada por hipoactividad (rasgo que no es habitual en niños hipercinéticos con inteligencia normal). A menudo este síndrome se asocia también con una diversidad de retrasos del desarrollo, tanto específicos como globales. No se sabe en qué medida el patrón conductual obedece a un bajo coeficiente intelectual o a un daño cerebral orgánico.

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Hiperactividad motora grave manifiesta por al menos dos de los siguientes problemas en la actividad y la atención:
- 1) Inquietud motora continua, manifiesta por carreras, saltos y otros movimientos que implican todo el cuerpo.
  - 2) Dificultad importante para permanecer sentado: tan solo estará sentado unos segundos por lo general, a no ser que esté realizando una actividad estereotipada (ver criterio B).

- 3) Actividad claramente excesiva en situaciones en las que se espera una cierta quietud.
  - 4) Cambios de actividad muy rápidos, de tal forma que las actividades generales duran menos de un minuto (ocasionalmente duran más si la actividad se ve muy favorecida o reforzada, y esto no excluye el diagnóstico; las actividades estereotipadas pueden durar mucho tiempo y son compatibles con este criterio.
- B. Patrones de conducta repetitivos y estereotipados manifiestos por al menos uno de los siguientes:
- 1) Manierismos fijos y frecuentemente repetidos: pueden comprender movimientos complejos de todo el cuerpo o movimientos parciales tales como aleteo de manos.
  - 2) Repetición excesiva de actividades no encaminadas hacia ningún fin. Puede incluir juegos con objetos (por ejemplo, con el agua corriente) o actividades ritualísticas (bien solo 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 acepta el uso del término “hipercinético” en sustitución del de “hiperactivo” para los clínicos que deseen enfatizar la naturaleza desadaptativa e ineficaz de la marcada actividad mostrada por los pacientes que sufren este trastorno.

Para incrementar la especificidad nosológica de esta categoría, debe recordarse que casi todos los niños con retraso mental grave pueden compartir las características que se describen en las pautas para este diagnóstico. Los elementos sintomáticos característicos 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 hipercinecia a un estado opuesto de pasividad con el paso del tiempo. Por eso, la GLADP 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 anormalidades persistan durante la adolescencia y la edad adulta. Ocasionalmente ocurren episodios psicóticos en la edad adulta temprana. Su validez nosológica es todavía discutible.

Incluye: Psicopatía autística

Trastorno esquizoide de la niñez

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Ausencia de retrasos clínicamente significativos del lenguaje o del desarrollo cognitivo. Para el diagnóstico se requiere que a los dos años haya sido posible la pronunciación de palabras sueltas y que al menos a los tres años el niño use frases aptas para la comunicación. Las capacidades que permiten una autonomía, un comportamiento adaptativo y la curiosidad por el entorno deben estar al nivel adecuado para un desarrollo intelectual normal. Sin embargo, los aspectos motores pueden estar de alguna forma retrasados y es frecuente una torpeza de movimientos (aunque no necesaria para el diagnóstico). Es frecuente la presencia de características especiales aisladas, a menudo en relación con preocupaciones anormales, aunque no se requieren para el diagnóstico.
- B. Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas (del estilo de las del autismo).
- C. Un interés inusualmente intenso y circunscrito o patrones restringidos, repetitivos y estereotipados de comportamiento, intereses y actividades, con criterios parecidos al autismo aunque en este cuadro son menos frecuentes los manierismos y las preocupaciones inadecuadas con aspectos parciales de los objetos o con partes no funcionales de los objetos de juego.
- D. No puede atribuirse el trastorno a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a trastorno esquizotípico (F21), a esquizofrenia simple (F20.6), a trastorno reactivo (F94.1) o desinhibido (F94.2) de la vinculación en la infancia, a trastorno anancástico de la personalidad (F60.5), ni a trastorno obsesivo-compulsivo (F42).

**F84.8** Otros trastornos generalizados del desarrollo, especificados**F84.9** Trastorno generalizado del desarrollo, no especificado*Criterios Diagnósticos de Investigación*

Se trata de una categoría residual que se usará para aquellos trastornos que se ajustan a la descripción general de trastornos generalizados del desarrollo pero que no cumplen los criterios de ninguno de los apartados F84 a causa de información insuficiente o datos contradictorios.

**F88 Otros trastornos especificados del desarrollo psicológico**

Incluye: Agnosia del desarrollo

**F89 Trastorno del desarrollo psicológico, no especificado**

Incluye: Trastorno del desarrollo sin especificación.



## Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia (F90-F98)

### ÍNDICE DE ESTA SECCIÓN

Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
<b>F90</b>	Trastornos hipercinéticos		
F90.0	Perturbación de la actividad y la atención		F93.80 Trastorno de ansiedad generalizada en la niñez
F90.1	Trastorno hipercinético de la conducta	F93.9	Trastorno emocional en la niñez, no especificado
F90.8	Otros trastornos hipercinéticos, especificados		
F90.9	Trastorno hipercinético, no especificado	<b>F94</b>	Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia
<b>F91</b>	Trastornos disociales	F94.0	Mutismo electivo
F91.0	Trastorno disocial limitado al contexto familiar	F94.1	Trastorno de la vinculación en la niñez, tipo reactivo
F91.1	Trastorno disocial en niños no socializados	F94.2	Trastorno de la vinculación en la niñez, tipo desinhibido
F91.2	Trastorno disocial en niños socializados	F94.8	Otros trastornos del comportamiento social en niñez, especificados
F91.3	Trastorno opositor desafiante	F94.9	Trastorno del comportamiento social en la niñez, no especificado
F91.8	Otros trastornos disociales, especificados		
F91.9	Trastorno disocial, no especificado	<b>F95</b>	Trastornos por tics
<b>F92</b>	Trastornos mixtos disociales y de las emociones	F95.0	Trastorno por tic transitorio
F92.0	Trastorno disocial depresivo	F95.1	Trastorno por tic motor o vocal crónico
F92.8	Otros trastornos mixtos disociales y de las emociones, especificados	F95.2	Trastorno por tics motores y vocales múltiples combinados [de la Tourette]
F92.9	Trastorno mixto disocial y de las emociones, no especificado	F95.8	Otros trastornos por tics, especificados
<b>F93</b>	Trastornos emocionales de comienzo específico en la niñez	F95.9	Trastorno de tic, no especificado
F93.0	Trastorno de ansiedad de separación en la niñez	<b>F98</b>	Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia
F93.1	Trastorno de ansiedad fóbica en la niñez	F98.0	Enuresis no orgánica
F93.2	Trastorno de ansiedad social en la niñez	F98.1	Encopresis no orgánica
F93.3	Trastorno de rivalidad entre hermanos	F98.2	Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia y la niñez
F93.8	Otros trastornos emocionales en la niñez, especificados		

Código	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS
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>	Trastorno mental sin especificación

## **F90 Trastornos hipercinéticos**

Grupo de trastornos de comienzo temprano (habitualmente, durante los primeros cinco años de la vida), caracterizado por una falta de constancia en las actividades que requieren de la participación de funciones intelectuales y por una tendencia a cambiar de una actividad a otra, sin completar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Puede hallarse asociadas varias otras anormalidades. Los niños hipercinéticos 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, del):

- ansiedad (F41.-)
- generalizados del desarrollo (F84.-)
- humor [afectivos] (F30-F39)

### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

*Nota:* El diagnóstico para investigación del trastorno hipercinético 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 sostenido.
- 7) A menudo pierde objetos necesarios para sus tareas o actividades, tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.

- 8) Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
  - 9) Es, con frecuencia, olvidadizo en el curso de las actividades diarias.
- G2. *Hiperactividad*. Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad persisten durante al menos seis meses, en un grado maladaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo del niño.
- 1) Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en el asiento.
  - 2) Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
  - 3) A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en los adolescentes o en los adultos puede manifestarse solamente por sentimientos de inquietud).
  - 4) Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
  - 5) Persistentemente exhibe un patrón de actividad motora excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.
- G3. *Impulsividad*. Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persiste durante al menos seis meses, en un grado maladaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo del niño.
- 1) Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
  - 2) A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo.
  - 3) A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros (por ejemplo, irrumpe en las conversaciones o en los juegos de los demás).
  - 4) Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante los requerimientos sociales.
- G4. El inicio del trastorno no es posterior a los siete años de edad.
- G5. *Carácter generalizado*. Los criterios deben cumplirse para más de una sola situación, es decir, la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben estar presentes tanto en el hogar como en el colegio, o en el colegio y en otros ambientes donde el niño puede ser observado, como pudiera ser la consulta médica. La evidencia de esta generalización requiere, en principio, información suministrada por varias fuentes. La información proporcionada por los padres acerca de la conducta del niño en el colegio no es, de ordinario, suficiente.
- G6. Los síntomas de G1 a G3 ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.
- G7. El trastorno no cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo (F84.-), episodio maníaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-) o trastornos de ansiedad (F41.-).

#### **Anotación Latinoamericana**

En Cuba se encontró que 3.9 por ciento de la población de niños sufre del trastorno hiperactivo. En Guatemala, el 3.7 por ciento de la población escolar entre 1 y 20 años de edad sufre de trastorno hiperactivo grave.

**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 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). Algunos rasgos del trastorno conductual pueden ser también sintomáticos de otras afecciones psiquiátricas, en cuyo caso la condición psiquiátrica de base cobra preeminencia diagnóstica.

Entre los ejemplos sobre los cuales se fundamenta el diagnóstico se cuentan niveles excesivos de pelea y de fanfarronería, crueldad hacia las demás personas y hacia los animales, destrucción grave de la propiedad, conducta incendiaria, robo, mentira repetitiva, falta a la escuela y fuga del hogar, y rabieta y desobediencia extraordinariamente frecuentes y graves. Cualquiera de estas conductas, si es marcada, es suficiente para el diagnóstico, pero no lo son las acciones disociales aisladas.

Incluye: Trastornos disociales

Excluye: Asociación con:

- Trastornos emocionales (F92.-)
- Trastornos 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) Rabieta 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.

### **F91.0** Trastorno disocial limitado al contexto familiar

Trastorno de la conducta que implica un comportamiento disocial o agresivo (y no un mero comportamiento opositor, desafiante o perjudicial), que se halla total, o casi totalmente, limitado al hogar y a las interacciones con miembros de la familia nuclear o del ambiente doméstico inmediato. Para considerarlo como tal, se requiere que cumpla con los criterios generales de F91.-. La perturbación de las relaciones entre padres e hijos, aunque sea grave, no constituye base suficiente para este diagnóstico.

Incluye: Trastorno de conducta limitado al contexto familiar

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

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 insociable

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 deben estar presentes durante al menos seis meses.

- D. Los trastornos del comportamiento incluyen el ámbito extrafamiliar.
- E. Las relaciones con compañeros están dentro de los límites normales.

### **Anotación Latinoamericana**

Se recomienda tener mucha cautela con el uso de esa subcategoría, para evitar incluir en ella actividades disociales no debidas a un trastorno mental.

#### **F91.3** Trastorno opositor desafiante

Trastorno de la conducta que ocurre habitualmente en niños pequeños, que se caracteriza principalmente por un comportamiento notablemente desafiante, desobediente y perjudicial, y que no incluye acciones delictivas ni las formas extremas de comportamiento agresivo o asocial. Para ser codificado aquí, el trastorno debe cumplir con todos los criterios de F91.-, y no es suficiente para el diagnóstico un comportamiento incluso profundamente travieso o pícaro. Esta categoría debe ser utilizada con precaución, especialmente para niños mayores, dado que el trastorno de la conducta clínicamente significativo se acompaña habitualmente de comportamientos asociales o agresivos, que van más allá de una actitud meramente desafiante, desobediente o perjudicial.

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Deben satisfacerse los criterios generales de F91.
- B. Cuatro o más de los síntomas de F91, criterio G1, sin exceder dos síntomas del 9 al 23.
- C. Los síntomas del criterio B deben ser maladaptativos o inadecuados para el nivel de desarrollo.
- D. Al menos cuatro de los síntomas deben estar presentes durante al menos seis meses.

#### **F91.8** Otros trastornos disociales, especificados

Incluye: Otros trastornos disociales

#### **F91.9** Trastorno disocial, no especificado

Incluye: Trastorno disocial no especificado

Trastorno (del, de la):

- comportamiento en la niñez sin especificación
- conducta en la niñez sin especificación

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

No se recomienda esta categoría residual y debería usarse tan sólo para aquellos trastornos que satisfagan los criterios generales de F91 sin haber sido especificados como subtipos y sin satisfacer los criterios de ninguno de los subtipos especificados.

## **F92 Trastornos mixtos disociales y de las emociones**

Este grupo de trastornos se caracteriza por la combinación de un comportamiento agresivo, disocial o desafiante persistente, con síntomas evidentes y marcados de depresión, ansiedad y otros desórdenes emocionales. Para ser incluidos en esta categoría, los trastornos deben cumplir tanto con los criterios de los trastornos de la conducta en la niñez (F91.-), como con los de los trastornos emocionales en la niñez (F93.-), con los de un diagnóstico de neurosis de tipo adulto (F40-F48) o de un trastorno del humor (F30-F39).

Incluye: Trastornos de conducta y de las emociones, mixtos

### **F92.0 Trastorno disocial depresivo**

Para esta categoría se requiere de la combinación de un trastorno de la conducta (F91.-), con una depresión aguda (F32.-), recurrente (F33.-) o persistente (F34.1, F34.8, F34.9), que se manifiesta por síntomas tales como excesiva aflicción, pérdida del interés y del goce de actividades habituales, tendencia a inculparse y desesperanza. Puede haber también perturbaciones del sueño y del apetito. Incluye: Trastorno de la conducta en F91.- asociado con trastorno depresivo en F32.-

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Deben satisfacerse los criterios generales de F91.

B. Deben satisfacerse los criterios de uno de los trastornos del humor (afectivos) (F30-F39).

### **Anotación Latinoamericana**

La GLADP 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 de investigación resultarían apropiados y su descripción se simplificaría considerablemente.

Una solución alternativa es la que la GLADP ha elegido aquí, mediante la cual el nombre de la categoría se preserva, y se incluye, como parte de ella, sólo aquellos trastornos en los que el componente afectivo es claramente depresivo.

Debe tenerse en cuenta, por otro lado, que los trastornos disociales no son raros y los depresivos muy frecuentes, por lo que un solapamiento de ambos no resultaría inusual. Sin hacer alusión a que las manifestaciones de ambos deban ser coincidentes en el tiempo, o alguna otra característica de su asociación sindrómica que le dé fisonomía propia, no hay modo de distinguir esta categoría diagnóstica de un solapamiento de 2 trastornos independientes o de un trastorno depresivo en un muchacho con comportamiento delictivo, pero sin un trastorno disocial codificable como tal.

Por todo lo anterior, la GLADP recomienda *no usar esta categoría* y diagnosticar, cuando así lo requiera el cuadro clínico del paciente, ambos trastornos (el trastorno disocial y el afectivo, depresivo o no) como entidades separadas.

**F92.8** Otros trastornos mixtos disociales y de las emociones, especificados

Para esta categoría se requiere de la combinación de un trastorno de la conducta (F91.-), con síntomas emocionales marcados y persistentes, tales como ansiedad, obsesiones o compulsiones, despersonalización o desvinculación de la realidad, fobias o hipocondriasis.

Incluye: Trastorno de la conducta en F91.- asociado con:

- trastorno emocional en F93.-
- trastorno neurótico en F40-F48

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Deben satisfacerse los criterios generales de F91.

B. Deben satisfacerse los criterios de uno de los trastornos neuróticos, somatomorfos o relacionados con el estrés (F40-48) o de los trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia (F93.).

**F92.9** Trastorno mixto disocial y de las emociones, no especificado

**F93 Trastornos emocionales de comienzo específico en la niñez**

Más que fenómenos cualitativamente anormales por sí mismos, se trata principalmente de exageraciones de las tendencias normales del desarrollo. La adecuación del desarrollo se usa como rasgo diagnóstico clave para definir la diferencia entre estos trastornos emocionales que comienzan específicamente en la niñez y los trastornos neuróticos (F40-F48).

Excluye: Cuando se asocian con trastornos de la conducta (F92.-)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

*Nota:* El trastorno de ansiedad fóbica en la niñez (F93.1), el trastorno de ansiedad social en la niñez (F93.2) y el trastorno de ansiedad generalizada en la niñez (F93.80) se asemejan claramente a algunos de los trastornos de F40-F48. Sin embargo, existen evidencias y corrientes de opinión que sugieren que los trastornos de ansiedad en los niños exhiben diferencias suficientes como para justificar el desarrollo categorías adicionales para éstos. En sucesivos estudios debe clarificarse si es posible encontrar descripciones y definiciones que pueden ser usados satisfactoriamente para adultos y niños al mismo tiempo o si es preferible mantener la distinción entre ambos grupos.

**F93.0** Trastorno de ansiedad de separación en la niñez

Debe diagnosticarse cuando el temor a la separación constituye el foco de la ansiedad y cuando ésta haya surgido durante los primeros años de la niñez. Se diferencia de la ansiedad normal de separación cuando alcanza un grado (gravedad) estadísticamente poco usual (incluida una persistencia anormal, más allá de la edad usual), como también cuando se asocia con un funcionamiento social significativamente deteriorado.

Incluye: Trastorno de ansiedad de separación en la infancia

Excluye: Trastorno(s) (de, del):

- ansiedad:
  - social en la niñez (F93.2)
  - fóbica en la niñez (F93.1)
  - generalizada en la niñez (F93.80)
- humor [afectivos] (F30-F39)
- neuróticos (F40-F48)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. Presencia de al menos tres de los siguientes síntomas:

- 1) Preocupación injustificada a posibles daños que pudieren acaecer a personas significativas o temor a que alguna de éstas le abandone o fallezca.
- 2) Preocupación injustificada a que un acontecimiento fatal le separe de una persona significativa, como perderse, ser secuestrado, hospitalizado o asesinado.
- 3) Desagrado o rechazo persistentes a ir al colegio por el temor a la separación, predominando más que por otros motivos, como 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 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 sugiere tener en cuenta, como criterios clínicos de importancia diagnóstica la presencia frecuente (en casos adecuadamente explorados) de:

- (a) Antecedentes familiares de ansiedad de separación.
- (b) Ansiedad de separación en un significativo número de las madres de niños que padecen de este trastorno.

#### **F93.1** Trastorno de ansiedad fóbica en la niñez

Temores de los niños que tienen una marcada especificidad en la fase del desarrollo y que surgen (en algún grado) en la mayoría de ellos, pero que en este caso alcanzan un grado anormal. Los otros miedos que surgen en la niñez y que no son parte normal del desarrollo psicosocial (por ejemplo, la agorafobia), deben ser codificados bajo la categoría adecuada en la sección F40-F48.

Excluye: Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)

Trastorno de ansiedad de separación (F93.0)

Trastorno de ansiedad generalizada en la niñez (F93.80)

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Miedo persistente o recurrente (fobia), adecuado a la fase del desarrollo en que aparece (o lo era en el momento de la aparición), pero de intensidad anormal, acompañado de una incapacidad social importante.
- B. Ausencia de trastorno por ansiedad generalizada en la niñez (F93.80).
- C. Ausencia de alteraciones generalizadas del desarrollo de la personalidad o del comportamiento, trastornos psicóticos o por uso de sustancias psicoactivas.
- D. Duración de *al menos cuatro semanas*.

#### **F93.2** Trastorno de ansiedad social en la niñez

En este trastorno hay cautela frente a los extraños y aprehensión o ansiedad al encontrar situaciones sociales nuevas, raras o amenazadoras. Esta categoría debe usarse sólo cuando tales temores surgen en edades tempranas y son al mismo tiempo de grado extraordinario y se acompañan de problemas en el comportamiento social.

Incluye: Trastorno de hipersensibilidad social en la infancia

Trastorno evasivo de la niñez o de la adolescencia

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Ansiedad persistente en situaciones sociales en las que el niño es expuesto a la presencia de gente no familiar, incluyendo a los compañeros de colegio, y que se manifiesta en forma de una conducta de evitación social.

- B. Auto-observación, sentimientos de vergüenza y excesiva preocupación acerca de la adecuación de su conducta cuando se encuentra con figuras no familiares.
- C. Interferencia significativa con las relaciones sociales (incluyendo a los compañeros de colegio) que son en consecuencia restringidas. Cuando se enfrenta a situaciones sociales nuevas de forma forzada, se produce un estado de intenso malestar e incomodidad manifestado por llanto, falta de lenguaje espontáneo o retraimiento de la situación social.
- D. Las relaciones sociales con figuras familiares (miembros de la familia o amigos muy cercanos) son satisfactorias.
- E. El comienzo del trastorno coincide con una fase del desarrollo en la que estas reacciones de ansiedad son consideradas apropiadas. La anormalidad de la intensidad, la persistencia en el tiempo y la limitación funcional asociadas deben ser manifiestas antes de los seis años de edad.
- F. No se satisfacen los criterios del trastorno de ansiedad generalizada de la niñez (F93.80).
- G Ausencia de alteraciones generalizadas del desarrollo de la personalidad y el comportamiento, trastornos psicóticos o por uso de sustancias psicoactivas.

### **F93.3** Trastorno de rivalidad entre hermanos

La mayoría de los niños pequeños manifiesta habitualmente algún grado de perturbación emocional después del nacimiento de un hermano menor inmediato. Debe diagnosticarse un trastorno de la rivalidad entre hermanos sólo si el grado o la duración de la perturbación son estadísticamente poco usuales y se asocian con anomalías 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 se reconoce que:

1. La situación celotípica no se da solamente en relación con el nacimiento.
2. No es exclusiva del hermano o hermanos mayores, puesto que cualquier eventualidad en que la atención o las expresiones de afecto se desvíen hacia uno de ellos, puede provocarla.
3. Puede darse en niños con otro o ningún grado de consanguinidad, siempre que se hayan criado como hermanos.

En consonancia con esto, la GLADP interpreta los criterios de investigación de esta categoría de la manera siguiente:

A) Presencia de sentimientos de resentimiento u odio hacia un hermano, que son claramente desproporcionadas, y causan gran malestar al paciente y distorsiones en la dinámica familiar.

B) Síntomas de sufrimiento (ansiedad, depresión, irritabilidad, manifestaciones regresivas, rabietas, comportamientos teatrales y otras formas de llamar la atención), y de hostilidad hacia el hermano (agresividad verbal o física, que puede llegar a ser grave y hasta letal, negarse a compartir el tiempo, juguetes y actividades con él, etc.). También puede haber manifestaciones de rechazo, hostilidad y de resistencia pasiva o de demandas afectivas exageradas hacia los padres u otras personas implicadas en los celos del paciente.

C) Estos síntomas están presentes en número, intensidad y duración suficientes, como para satisfacer el criterio A. Han aparecido en un lapso de 6 meses a partir del nacimiento de un nuevo hermano, o del inicio de una situación que ha desplazado la atención y manifestaciones de cariño hacia un hermano carnal o de crianza y ha durado, por lo menos, un mes.

D) La posibilidad de que las manifestaciones anteriormente descritas formen parte de un trastorno más amplio, puede ser razonablemente descartada.

Estos criterios satisfacen los requerimientos para investigaciones de la CIE-10, excepto por su extensión a hermanos no carnales o que no sean 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, pueden utilizarse, si se prefiere, el siguiente conjunto alternativo de criterios:

- A. Ansiedad marcada y preocupaciones (expectación aprensiva) que ocurre al menos la mitad de los días durante un periodo de al menos seis meses. La ansiedad y las preocupaciones deben estar referidas al menos a varios acontecimientos o actividades (tales como el trabajo o el rendimiento escolar).
- B. El niño encuentra muy difícil controlar las preocupaciones.
- C. La ansiedad y las preocupaciones están acompañadas por al menos tres de los siguientes síntomas (incluyendo al menos dos síntomas que están presentes durante al menos la mitad del número total de días):
  - 1) Inquietud y sentimientos de estar “al límite” (manifestados por sensación de tensión mental junto a incapacidad para relajarse).

- 2) Sensación de cansancio y agotamiento a causa de la preocupación o la ansiedad.
  - 3) Dificultad para concentrarse o sensación de bloqueo mental.
  - 4) Irritabilidad.
  - 5) Tensión muscular.
  - 6) Alteraciones del sueño (dificultades de conciliación o sueño intranquilo e insatisfactorio) a causa de la preocupación o la ansiedad.
- D. La ansiedad y las preocupaciones abarcan al menos dos situaciones, actividades, contextos o circunstancias. La ansiedad es generalizada y no se presenta como episodios paroxísticos (como en el caso del trastorno por angustia), ni las principales preocupaciones están circunscritas a un solo tema principal (como en la ansiedad de separación o en el trastorno fóbico de la infancia). Cuando se identifica una ansiedad focalizada en el contexto amplio de una ansiedad generalizada, la ansiedad generalizada es considerada de forma preferente.
- E. Inicio en la infancia o adolescencia (antes de los dieciocho años de edad).
- F. La ansiedad, las preocupaciones o los síntomas físicos causan un malestar clínicamente significativo o una alteración en la vida social, ocupacional o en otras áreas vitales importantes.
- G. El trastorno no es debido a los efectos directos de alguna sustancia (sustancias psicoactivas, medicación), de alguna enfermedad médica general (hipertiroidismo) y no ocurre exclusivamente asociado a trastornos del humor, trastornos psicóticos o trastornos generalizados del desarrollo psicológico.

### Anotación Latinoamericana

La GLADP propone incluir en esta categoría (F93.8) el trastorno de ansiedad generalizado en la niñez (F93.80). La codificación quedaría de la siguiente manera:

#### **F93.80** Trastorno de ansiedad generalizada en la niñez

*Nota:* La variedad de los síntomas de ansiedad en los niños (incluidos aquí los adolescentes) es con frecuencia más limitada que en los adultos (véase F41.1, Trastorno de ansiedad generalizada) y en particular, los síntomas específicos de activación autonómica son a menudo menos prominentes. Para estos individuos, puede utilizarse si se prefiere el siguiente conjunto alternativo de criterios:

- A. Ansiedad marcada y preocupaciones (expectación aprensiva) que ocurre al menos la mitad de los días durante un periodo de al menos seis meses. La ansiedad y las preocupaciones deben estar referidas al menos a varios acontecimientos o actividades (tales como el trabajo o el rendimiento escolar).
- B. El niño encuentra muy difícil controlar las preocupaciones.
- C. La ansiedad y las preocupaciones están acompañadas por al menos tres de los siguientes síntomas (incluyendo al menos dos síntomas que están presentes durante al menos la mitad del número total de días):

- 1) Inquietud y sentimientos de estar “al límite” (manifestados por sensación de tensión mental junto a incapacidad para relajarse).
  - 2) Sensación de cansancio y agotamiento a causa de la preocupación o la ansiedad.
  - 3) Dificultad para concentrarse o sensación de bloqueo mental.
  - 4) Irritabilidad.
  - 5) Tensión muscular.
  - 6) Alteraciones del sueño (dificultades de conciliación o sueño intranquilo e insatisfactorio) a causa de la preocupación o la ansiedad.
- D. La ansiedad y las preocupaciones abarcan al menos dos situaciones, actividades, contextos o circunstancias. La ansiedad es generalizada y no se presenta como episodios paroxísticos (como en el caso del trastorno por angustia), ni las principales preocupaciones están circunscritas a un solo tema principal (como en la ansiedad de separación o en el trastorno fóbico de la infancia). (Cuando se identifica una ansiedad focalizada en el contexto amplio de una ansiedad generalizada, la ansiedad generalizada es considerada de forma preferente).
- E. Inicio en la infancia o adolescencia (antes de los dieciocho años de edad).
- F. La ansiedad, las preocupaciones o los síntomas físicos causan un malestar clínicamente significativo o una alteración en la vida social, ocupacional o en otras áreas vitales importantes.
- G. El trastorno no es debido a los efectos directos de alguna sustancia (sustancias psicoactivas, medicación), de alguna enfermedad médica general (hipertiroidismo) y no ocurre exclusivamente asociado a trastornos del humor, trastornos psicóticos o trastornos generalizados del desarrollo psicológico.

### Anotación Latinoamericana

La GLADP propone también añadir como parte de esta categoría (F93.8) la subcategoría siguiente:

#### **F93.81** Inadaptación neurótica en la niñez

Se caracteriza por la aparición desde los primeros años de la vida, de uno o varios síntomas neuróticos sin una estructuración definida, tales como ansiedad (con sus acompañantes somáticos), onicofagia (siempre que no sea un síntoma aislado), inquietud motora y síntomas aislados de carácter histriónico, obsesivo-compulsivo, fóbico o depresivo. El niño que la sufre suele ser temeroso, inhibido, excesivamente dependiente para su edad y con frecuencia reporta trastornos del sueño. Los síntomas se exacerban o atenúan en relación con situaciones ambientales y pueden eventualmente conformar una de las formas de los trastornos neuróticos propios de la adultez, mantenerse estáticos o desaparecer. Dicho trastorno es de menor intensidad y diferenciación que los trastornos neuróticos, y aparece, preferentemente, antes de los 6 ó 7 años de edad. Suele ser más estable y menos dependiente de factores desencadenantes que los trastornos de adaptación.

Es posible que estos síntomas, que aparecen habitualmente en la niñez, se presenten también en la adolescencia temprana, en forma de cuadros no bien definidos que, ni pueden ser incluidos en F40-F42, ni son la consecuencia de una descompensación provocada básicamente por la situación general de la etapa del desarrollo por la cual atraviesa el individuo.

*Pautas para el diagnóstico*

A. Presencia de síntomas de nivel neurótico desde etapas tempranas de la vida (generalmente antes de los 7 años).

B. Dichos síntomas:

1) Carecen de la estructuración y especificidad requerida para satisfacer los criterios diagnósticos de alguno de los “Trastornos Neuróticos” (Categorías F40, trastornos fóbicos de ansiedad; F41, otros trastornos de ansiedad; F42, trastorno obsesivo compulsivo; F44, trastornos disociativos (de conversión); ó 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)

### **F93.9** Trastorno emocional en la niñez, no especificado

### **F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia**

Grupo algo heterogéneo de trastornos que tienen en común el inicio de anormalidades del comportamiento social durante la etapa de desarrollo, pero que (a diferencia de los trastornos generalizados del desarrollo) no se caracterizan principalmente por incapacidad social aparentemente constitucional o por deficiencias que afectan todas las áreas del comportamiento. En muchos casos es probable que las distorsiones o las privaciones graves originadas en el entorno, desempeñen un papel etiológico fundamental.

**F94.0** Mutismo electivo

Se caracteriza por una selectividad marcada y emocionalmente determinada al hablar, de tal manera que en algunas situaciones, el niño demuestra competencia en el lenguaje, pero fracasa en otras situaciones (definidas). El trastorno se asocia habitualmente con características marcadas de la personalidad, que implican ansiedad social, aislamiento, sensibilidad o resistencia.

Incluye: Mutismo selectivo

Excluye: Esquizofrenia (F20.-)

Mutismo transitorio como parte de la ansiedad de separación en niños pequeños (F93.0)

Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje (F80.-)

Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Expresión y comprensión lingüísticas, evaluadas mediante tests de aplicación individual, dentro de los límites de dos desviaciones típicas para la edad del niño.
- B. Evidencia demostrable de un fallo constante y previsible para hablar en algunas situaciones sociales a pesar de poder hacerlo en otras.
- C. La duración del mutismo electivo *excede las cuatro semanas*.
- D. Ausencia de trastorno generalizado del desarrollo psicológico (F84.-).
- E. El trastorno no puede ser explicado por una falta de conocimiento del lenguaje hablado requerido para dicha situación.

**F94.1** Trastorno de la vinculación en la niñez, tipo reactivo

Comienza durante los primeros cinco años de la vida, y se caracteriza por anormalidades 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, temerosidad e hipervigilancia, interacción social pobre con otros niños, agresión contra sí mismo y contra los demás, aflicción y, en algunos casos, falla del crecimiento. Probablemente el síndrome es producto directo de negligencia paternal grave, abuso o maltrato importante.

Use código adicional, si desea identificar cualquier falla del desarrollo o retardo del crecimiento asociados.

Incluye: Trastorno de vinculación de la infancia, reactivo

Excluye: Abuso sexual o físico en la niñez, que produce alteraciones psicosociales (Z61.4 - Z61.6)

Síndrome de Asperger (F84.5)

Síndromes del maltrato (T74.-)

Trastorno de la vinculación en la niñez, tipo desinhibido (F94.2)

Variación normal en el patrón de vinculación selectiva

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Aparición antes de los *cinco años* de edad.

- B. Actitudes sociales fuertemente contradictorias o ambivalentes, en muy diversas situaciones aunque puedan ser variables de unas relaciones a otras.
- C. Trastorno emocional manifestado por tristeza, falta de respuesta emocional, reacciones de aislamiento, respuestas agresivas al malestar propio o de los demás, o atemorización expectante.
- D. Evidencia de capacidad conservada para la reciprocidad social y de sensibilidad reflejada por la existencia de elementos de las relaciones sociales normales cuando el sujeto se relaciona con adultos sanos.
- E. No se satisfacen los criterios para trastornos generalizados del desarrollo (F84).

**F94.2** Trastorno de la vinculación en la niñez, tipo desinhibido

Patrón particular de comportamiento social anormal, que surge durante los primeros cinco años de la vida y que tiende a mantenerse a pesar de cambios profundos en las circunstancias del entorno; por ejemplo, comportamiento afectivo difuso y no selectivamente focalizado, búsqueda de atención y un comportamiento amistoso indiscriminado, interacciones con otros niños escasamente adaptadas; según las circunstancias, puede estar también asociado a perturbación emocional o del comportamiento.

Incluye: Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido

    Psicopatía por falta de afecto

    Síndrome institucional

Excluye: Hospitalismo en niños (F43.2)

    Síndrome de Asperger (F84.5)

    Trastorno de la vinculación en la niñez, tipo reactivo (F94.1)

    Trastornos 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 en los cuales la manifestación predominante es alguna forma de tic. Un tic es un acto motor involuntario, rápido, recurrente y no rítmico (que involucra habitualmente a grupos musculares circunscritos) o una emisión vocal de comienzo brusco, sin ningún propósito aparente. Los tics tienden a ser experimentados como irresistibles, pero habitualmente pueden ser suprimidos durante períodos variables, se exacerban con el estrés y desaparecen durante el sueño. Los tics motores simples comunes incluyen parpadeo, sacudir el cuello, encogerse de hombros y muecas faciales. Los tics vocales simples comunes incluyen carraspear, toser, resoplar y sisear. Los tics complejos comunes incluyen golpearse, saltar y cojear. Los tics vocales complejos comunes incluyen la repetición de determinadas palabras y, a veces, la utilización de términos (a menudo obscenos) socialmente inaceptables (coprolalia), o la repetición de sonidos o palabras propios (palilalia).

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

*Nota:* Un tic es un movimiento motor o una vocalización de carácter involuntario, brusco, rápido, recurrente, arrítmico y estereotipado.

**Anotación Latinoamericana**

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

**F95.0** Trastorno por tic transitorio

Cumple con los criterios generales del trastorno por tic, pero sin durar más de 12 meses. Estos tics toman habitualmente la forma de parpadeos, muecas faciales o cabeceos.

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Presencia de tics simples o múltiples, de tipo motor o fonatorio, que se repiten múltiples veces la mayor parte de los días durante un período de *al menos cuatro semanas*.
- B. Duración no superior a 12 meses.
- C. Ausencia de antecedentes de síndrome de Gilles de la Tourette. El trastorno no es secundario a otros trastornos físicos ni corresponde a los efectos secundarios de alguna medicación.
- D. Aparición antes de los 18 años de edad.

**F95.1** Trastorno por tic motor o vocal crónico

Cumple con los criterios generales de un trastorno por tic, en el que hay tics motores o vocales (pero no ambos), que pueden ser simples o múltiples (habitualmente son múltiples) y duran más de un año.

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Presencia de tics motores o fonatorios, pero no ambos, que se repiten múltiples veces la mayor parte de los días, durante un período de al menos doce meses.
- B. No existen períodos de remisión durante dicho año superiores a dos meses.
- C. Ausencia de antecedentes de síndrome de Gilles de la Tourette. El trastorno no es secundario a otros trastornos físicos ni corresponde a los efectos secundarios de alguna medicación.
- D. Aparición antes de los 18 años de edad.

**F95.2** Trastorno por tics motores y vocales múltiples combinados [de la Tourette]

Es una forma del trastorno en la que hay –o hubo– tics motores múltiples y uno o más tics vocales, aunque no es necesario que éstos hayan tenido lugar simultáneamente. El trastorno se agrava habitualmente durante la adolescencia, y tiende a persistir en la edad adulta. Los tics vocales son a menudo múltiples, con vocalizaciones iterativas explosivas, carraspeos y gruñidos, y puede aparecer el uso de palabras o frases obscenas. A veces se da una ecopraxia gestual asociada, la cual puede ser también de naturaleza obscena (copropraxia).

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Presencia de tics motores múltiples que, junto a uno o más tics fonatorios, deben presentarse en algún momento de la evolución del trastorno, pero no necesariamente juntos.
- B. Los tics deben presentarse muchas veces al día, casi todos los días durante más de 1 año, sin ningún período de remisión durante ese año superior a dos meses
- C. Aparición antes de los 18 años de edad.

**F95.8** Trastornos por otros tics, especificados

**F95.9** Trastorno por tic, no especificado

Incluye: Tic sin especificación

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

Se trata de una categoría residual no recomendada, para los trastornos que satisfagan los criterios generales de los trastornos de tics, pero cuya subcategoría particular no está especificada, o en los que no se satisfagan completamente los criterios de F95.0, Trastorno por tic transitorio; F95.1, Trastorno por tic motor o vocal crónico y F95.2, Trastorno por tics motores y vocales múltiples combinados [de la Tourette].

## **F98 Otros trastornos emocionales y del comportamiento, que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia**

Grupo heterogéneo de trastornos que comparten la característica de comenzar en la niñez, pero que aparte de eso, difieren en muchos aspectos. Algunas de las afecciones representan síndromes bien definidos, pero otras no son más que síntomas complejos que requieren su inclusión por su frecuencia, porque se asocian con problemas psicosociales y porque no pueden ser incorporados a otros síndromes.

Excluye: Ataques de retención de la respiración (R06.8)

Síndrome de Kleine-Levin (G47.8)

Trastorno de la identidad con el género en la niñez (F64.2)

Trastornos del sueño debidos a causas emocionales (F51.-)

Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-)

### **F98.0 Enuresis no orgánica**

Trastorno caracterizado por la emisión involuntaria de orina durante el día y durante la noche, considerado anormal para la edad mental de la persona y que no es consecuencia de una pérdida del control vesical debida a cualquier trastorno neurológico, ataques epilépticos o anomalías anatómicas de las vías urinarias. La enuresis puede haber estado presente desde el nacimiento o puede haber surgido en un período siguiente a la adquisición del control vesical. La enuresis puede estar o no asociada con un trastorno emocional o del comportamiento más amplio.

Incluye: Enuresis (primaria)(secundaria):

- de origen no orgánico
- funcional
- psicógena

Incontinencia urinaria de origen no orgánico

Excluye: Enuresis sin especificación (R32)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

A. La edad cronológica y mental debe ser de *al menos cinco años*.

B. Emisión involuntaria o intencionada de orina en la cama o en la ropa que se presenta *al menos dos veces al mes* en niños menores de siete años y *al menos una vez al mes* en los de siete o más años.

C. La enuresis no es consecuencia de ataques epilépticos, de incontinencia de origen neurológico ni de anomalías estructurales del tracto urinario ni de otros trastornos físicos.

D. No presenta otros trastornos psiquiátricos codificados en la CIE-10.

E. El cuadro debe haber estado presente durante *al menos tres meses*.

*Clasificación opcional con un quinto dígito:*

F98.00 Enuresis sólo nocturna

F98.01 Enuresis sólo diurna

F98.02 Enuresis nocturna y diurna

**Anotación Latinoamericana**

Por su incompatibilidad con la descripción general de esta categoría, la GLADP interpreta el criterio de investigación D, de la siguiente manera:

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

**F98.1 Encopresis no orgánica**

Emisión repetida, voluntaria o involuntaria, de materia fecal, habitualmente de consistencia normal o casi normal, en lugares no adecuados para estos fines en el ambiente sociocultural de la persona. La acción puede representar una prolongación anormal de la incontinencia infantil normal, implicar una pérdida de la continencia después de la adquisición del control intestinal o ser una deposición deliberada de las heces en lugares inadecuados, a pesar de tener la persona un control fisiológico intestinal normal. La afección puede ocurrir como un trastorno monosintomático o puede formar parte de un trastorno más amplio, especialmente un trastorno emocional (F93.-) o un trastorno de la conducta (F91.-).

Incluye: Encopresis:

- funcional
- psicógena

Incontinencia fecal de origen no orgánico

Use código adicional, si desea identificar la causa de cualquier constipación coexistente

Excluye: Encopresis sin especificación (R15)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Emisión repetida de heces en lugares inapropiados (ropas, suelo), bien involuntario o intencionalmente. 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 socio-cultural del niño, independientemente de que: a) esto se haga de manera voluntaria o no; b) haya un adecuado control del esfínter anal; c) exista un trastorno (primario o secundario) del control de dicho esfínter; d) el trastorno tenga un carácter primario (monosintomático); e) la incontinencia fecal sea la consecuencia del estreñimiento causado por una enfermedad somática; o f) tal incontinencia fecal sea parte de un trastorno psíquico más amplio.

Tal descripción resta especificidad taxonómica y terapéutica a esta subcategoría, al incluir en ella a trastornos de distintas causas (conocidas) que comprenden, desde la consecuencia de una fisura anal, hasta trastornos psiquiátricos amplios, susceptibles de codificación y tratamiento específico, sin dejar de incluir manifestaciones derivadas de situaciones tensionantes, e incluso, condiciones no necesariamente morbosas, como un simple retraso en la adquisición del control del esfínter anal, o un inadecuado entrenamiento en esta función.

En consonancia con lo antes expresado la GLADP propone los siguientes

#### *Criterios Diagnósticos de Investigación*

El diagnóstico de encopresis no orgánica se hará cuando:

- A. Se presente la emisión anormal de heces antes descritas, de manera iterativa (después de los 4 años de edad).
- B. Dicho síntoma sea causa de marcado distrés o interfiera significativamente con las actividades normales del paciente.
- C. La encopresis no sea la consecuencia directa del uso de sustancias, o de la presencia de anomalías, disfunciones o enfermedades somáticas.
- D. Dicho diagnóstico es compatible con la presencia de anomalías o trastornos somáticos que coadyuven o precipiten el síntoma siempre que se cumpla el criterio C (codificar por separado el factor somático).
- E. Cuando la encopresis sea parte de un trastorno mental más amplio, se registrará como segundo diagnóstico, siempre que ella de por sí sea causa de profundo distrés o requiera de tratamiento específico.
- F. El cuadro clínico ha durado por lo menos 6 meses. Si las manifestaciones son muy intensas y se requiere de una terapéutica inmediata, el diagnóstico puede registrarse como “provisional” antes de transcurrido ese lapso.

**F98.2** Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia y la niñez

Trastorno de la ingesta alimentaria, de variadas manifestaciones, habitualmente específico de la infancia y la niñez temprana. Por lo común implica el rechazo del alimento y caprichosidad extrema, en presencia de un aporte adecuado de alimentos, competencia razonable del cuidador y ausencia de enfermedad orgánica. Puede o no haber rumiación asociada (regurgitación repetida, sin náusea o enfermedad gastrointestinal).

Incluye: Trastorno de la rumiación en la infancia

Mericismo

Excluye: Anorexia nerviosa y otros trastornos de la ingestión de alimentos (F50.-)

Dificultades y mala administración de la alimentación (R63.3)

Pica en la infancia o la niñez (F98.3)

Problemas de la ingestión de alimentos en el recién nacido (P92.-)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Fracaso persistente en comer adecuadamente, o rumiación o regurgitación persistentes del alimento.
- B. Fracaso en la ganancia de peso o pérdida de peso en un período de *al menos un mes* (dada la frecuencia de alteraciones alimentarias transitorias, los investigadores pueden escoger para fines concretos un mínimo de *tres meses*).
- C. Inicio del trastorno anterior a los seis años de edad.
- D. No se satisfacen criterios para ningún otro trastorno psiquiátrico de la CIE-10 (excepto el retraso mental).
- E. No existe una enfermedad orgánica que pueda explicar el fracaso de la conducta alimentaria.

**F98.3** Pica en la infancia y la niñez

Ingestión persistente de sustancias no nutritivas (tales como tierra, fragmentos de pintura, etc.). Puede presentarse como uno de los muchos síntomas de un trastorno psiquiátrico más amplio (como el autismo) o como un comportamiento psicopatológico relativamente aislado. Sólo este último caso debe ser clasificado aquí. El fenómeno es más frecuente en niños retrasados mentales. Si hay también retraso mental (F70-F79) debe seleccionarse como diagnóstico principal.

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas, con una frecuencia de *al menos dos veces por semana*.
- B. Duración de *al menos un mes* (para algunos propósitos los investigadores pueden escoger un mínimo de *tres meses*).
- C. Ausencia de otros trastornos psiquiátricos de la CIE-10, excepto el retraso mental.
- D. La edad cronológica y mental debe ser de *al menos dos años*.
- E. El trastorno no puede ser un hábito culturalmente aceptado.

**F98.4** Trastornos de los movimientos estereotipados

Movimientos voluntarios, repetitivos, estereotipados, no funcionales (y a menudo, rítmicos), que no forman parte de ninguna afección psiquiátrica o neurológica reconocida. Cuando estos movimientos son síntomas de algún otro trastorno, sólo debe ser codificado el trastorno general. Los movimientos de la variedad no autolesionante incluyen balanceo del cuerpo o de la cabeza, jaladura y retorcimiento de cabellos, tamborileo amanerado de los dedos y palmoteo. El comportamiento estereotipado autolesionante incluye golpes repetitivos en la cabeza, bofetadas repetitivas, hurgueteo repetitivo de los ojos y mordedura de las manos, los labios y otras partes del cuerpo. Todos los trastornos de movimientos estereotipados ocurren más frecuentemente asociados con retraso mental (en este caso, deben codificarse ambos). Si hay hurgueteo de los ojos en un niño con deficiencia visual, ambos deben codificarse: el hurgueteo de los ojos en esta categoría y la afección visual, bajo el código del trastorno somático correspondiente.

Incluye: Trastorno del hábito/estereotipo.

Excluye: Estereotipias que son parte de una afección psiquiátrica más generalizada (F00-F95)

- Hurgueteo de la nariz (F98.8)
- Movimientos involuntarios anormales (R25.-)
- Onicofagia (F98.8)
- Succión del pulgar (F98.8)
- Trastornos del movimiento de origen orgánico (G20-G25)
- Trastornos por tics (F95.-)
- Tricotilomanía (F63.3)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Presencia de movimientos estereotipados hasta un punto en el que causan daño físico o interfieren marcadamente con las actividades normales.
- B. Duración de al menos un mes.
- C. Ausencia de cualquier otro trastorno psiquiátrico de la CIE-10, excepto el retraso mental.

Clasificación opcional con un quinto dígito:

- F98.40 sin autolesiones
- F98.41 con autolesiones
- F98.42 mixto

**F98.5** Tartamudez [espasmofemia]

Habla caracterizada por repetición frecuente o prolongación de sonidos, sílabas o palabras, o bien, por vacilaciones frecuentes o pausas, que interrumpen su flujo rítmico. Debe ser clasificada como un trastorno sólo si su gravedad es tal, que deteriora notablemente la fluidez del discurso.

Excluye: Farfulleo (F98.6)

- Trastornos por tics (F95.-)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Tartamudeo persistente o recurrente, de gravedad suficiente como para producir una alteración significativa de la fluidez del habla.
- B. Duración de al menos tres meses.

**F98.6** Farfulleo

Alta velocidad del discurso, con interrupción de la fluidez, pero sin repeticiones ni vacilaciones, de tal gravedad que da lugar a un deterioro de la inteligibilidad del mismo. El habla es errática y disrítica, con accesos espasmódicos rápidos que implican habitualmente un fraseo erróneo.

Incluye: Tartaleo

Excluye: Tartamudez (F98.5)

Trastornos por tics (F95.-)

*Criterios Diagnósticos de Investigación*

- A. Farfulleo persistente o recurrente, de gravedad suficiente como para producir una alteración significativa de la inteligibilidad del habla.
- B. Duración de al menos tres meses.

**F98.8** Otros trastornos emocionales y del comportamiento, que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia, especificados

Incluye: Hurgueteo de la nariz

Masturbación excesiva

Onicofagia

Succión del pulgar

Trastorno deficitario de la atención sin hiperactividad

**F98.9** Trastornos emocionales y del comportamiento, no especificados, que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia

## Trastorno mental, no especificado (F99)

### **F99 Trastorno mental, no especificado**

Incluye: Enfermedad mental sin especificación

Excluye: Trastorno mental orgánico sin especificación (F06.9)

#### CÓDIGOS ADICIONALES

Código	Diagnóstico
F99	Trastorno mental no especificado en otro lugar
F99.0	Trastorno mental no especificado (no psicótico)
F99.1	Trastorno mental no especificado (psicótico)

#### CÓDIGOS COMPLEMENTARIOS

Z03.2	No diagnóstico en Eje I
	No diagnóstico en Eje II
Z03.2	Sin trastorno psiquiátrico manifiesto
R69	Diagnóstico diferido en Eje I
R69	Diagnóstico diferido en Eje II



## **Síndromes culturales latinoamericanos**



## INTRODUCCIÓN

Las creencias acerca de la salud y de la enfermedad son una parte importante del sistema de creencias de cualquier cultura. Las creencias etiológicas explican qué (gérmenes, restos alimenticios inadecuados o desequilibrios de los elementos fríos y calientes) o quién (fuerzas espirituales o invisibles tales como las brujas, la pérdida del alma o el mal de ojo) causa la enfermedad. El sistema teórico de la enfermedad es pues un sistema conceptual, es parte de la orientación cognoscitiva de los miembros del grupo. Esto tiene que ver con la clasificación, las explicaciones y las causas y efectos de los padecimientos. De tal manera que las enfermedades se definen típicamente en términos de sus signos y síntomas, causas percibidas y tratamientos curativos potenciales. (Foster & Anderson, 1978).

Hay que tomar en cuenta que las clasificaciones de las enfermedades mentales cambian según las ideas que predominan en cada época y cultura (Bastide, 1965) y que nosotros no estamos exentos de ello. Es innegable que todos los diagnósticos médicos están contruidos socialmente (Eisenberg, 1996). América Latina es un área modelo en donde se puede investigar el origen, la transmisión y la difusión de las creencias y prácticas etnomédicas (Pachter, 1993). Gracias a lo mencionado y siguiendo a Alonso-Fernández (2000) podemos emprender la tarea de superar la etapa de clasificar *per se* y llegar al nivel de la comprensión de las enfermedades mentales.

Existen diversos términos que designan las formas particulares de expresar la enfermedad mental y de vehicular la patoplastia cultural. Rubel (1964), por ejemplo, propuso la siguiente definición para las categorías populares de malestar (*distress*): “Conjunto coherentes de síntomas en una población dada cuyos miembros responden mediante patrones similares”. Más recientemente, se les ha llamado expresiones de sufrimiento (*Idioms of distress*), trastornos específicos de determinadas culturas, expresiones de infortunio, síndromes populares, y otros. Hemos escogido el término *síndromes ligados a la cultura* o *síndromes culturales* (*Culture bound syndromes*) por considerar que es el término que mejor refleja esta realidad.

Al iniciar esta tarea de nosología cultural nos encontramos ante una disyuntiva: a) describir minuciosamente todos los síndromes culturales en América Latina o, b) seleccionar epidemiológicamente tales síndromes y describir sólo los más representativos de la región. La primera opción implica una tarea titánica, innecesaria, que corre el riesgo de llevarnos a la postura de la psiquiatría exótica. Consideramos que lo fundamental para el clínico latinoamericano que consulta esta guía es tener una visión de conjunto que le permita acercarse al enfermo mental con un enfoque holístico y con respeto

a su entorno cultural. Por esto decidimos presentar sólo algunos de los síndromes culturales más representativos dejando la puerta abierta para enriquecer este capítulo en ediciones posteriores de la GLADP.

Un punto importante por desarrollar es el de conocer a fondo los códigos de expresión de las enfermedades según el área cultural (Thoret, 2000); es decir, no sólo conocer el lenguaje materno de los pacientes sino el ir más allá de lo verbalizado. Otro aspecto importante que se deberá trabajar más adelante es el hecho de que en nuestros países la patología de la pobreza (Lewis, 1968) y las secuelas de los conflictos armados impregnan la vida de la mayoría de nuestros pacientes, lo que, no por ser algo cotidiano deja de ser un grave problema generador de psicopatología. (Desjarlais *et. al.*, 1995). En pocas palabras esta guía representa una toma de conciencia de nuestra América mestiza.

Por otra parte, hemos agrupado y conservado los síndromes culturales descritos en la CIE-10 y en el DSM-IV, que no pertenecen específicamente a nuestra área cultural latinoamericana pero que el clínico debe conocer si tomamos en cuenta el aumento creciente de la migración poblacional hacia Latinoamérica. Se debe mencionar que en América Latina existe un consumo sacralizado de plantas psicotrópicas que no debe confundirse con los problemas de dependencias ni con el uso recreativo; tal es el caso del consumo de la hoja de coca en el altiplano del Perú y Bolivia. Los cambios en los patrones de consumo de estos productos psicotrópicos, que se observa, lamentablemente en esas regiones, se deben a los procesos inevitables de aculturación que sufre la población, especialmente ahora con el impacto de la globalización y la difusión de los medios de comunicación masiva. Asimismo, respecto a las conductas sexuales en ciertas áreas rurales existen zoofilia culturalmente toleradas y que no cumplen con los criterios estrictos de un trastorno mental o del comportamiento. Algunos de los trastornos neuróticos especificados (F48.8), tales como el síndrome de Dhat, el Koro y el Latah, se incluyen en la sección de los síndromes culturales, por las razones arriba mencionadas.

Hollweg M. (1994) propone una clasificación general de los síndromes culturales en tres grandes rubros: a) Síndromes emocionales reactivos, b) Síndromes de “daño puesto” (embruajados) y c) Enfermedades del alma (locura, ataques). Esta división podría sugerirse para esta sección.

Los trastornos específicos de ciertas culturas son trastornos no relacionados entre sí pero que tienen, en común, dos rasgos característicos: 1) No se pueden situar con facilidad dentro de las categorías que se han establecido internacionalmente para uso psiquiátrico. 2) Se han descrito, en primer lugar, en ciertas poblaciones o áreas culturales, y posteriormente parece que están de manera exclusiva restringidos a estas poblaciones. Estos síndromes también han sido denominados como “ligados” a una cultura o “reactivos” a una cultura, o bien se han considerado psicosis étnicas o exóticas. Algunos son raros y otros quizás son frecuentes cuando se consideran de manera comparada. Muchos son agudos y transitorios lo que hace que su estudio sistemático sea muy difícil.

La situación de estos trastornos es controvertida de tal manera que muchos investigadores manifiestan que solo se diferencian en la intensidad cuando se comparan con trastornos ya incluidos en las clasificaciones psiquiátricas existentes, tales como los trastornos de ansiedad y las reacciones al

estrés. Por lo tanto, siguiendo estas ideas, debería considerárseles como variaciones locales de trastornos aceptados desde hace tiempo. Su existencia exclusiva en determinadas poblaciones o áreas culturales también ha sido cuestionada.

Lógicamente se necesitan investigaciones que se centren en la fiabilidad de la descripción clínica de estos trastornos mediante estudios epidemiológicos. Con el deseo de estimular y de ayudar a éste tipo de investigación, se ha seleccionado un cierto número de los más aceptados y frecuentemente descritos “trastornos específicos de ciertas culturas”, y se ha resumido sus descripciones y características clínicas tal y como existen en la literatura médica y antropológica. El conocimiento que se tiene actualmente de los mismos hace que no sea provechoso seguir incluyendo más criterios diagnósticos detallados mediante los cuales estos trastornos puedan ser diferenciados claramente de otros. Pudiera ser que cuando exista una más fiable y detallada información clínica se pueda ampliar el número de criterios. Se les ha asignado el código de la CIE-10 (Capítulo V [F]) que mejor les identifica, pero hay que tener en cuenta que esto se ha llevado a cabo sólo de manera tentativa. En algunos casos se da más de un código ya que las descripciones disponibles sugieren que existe una variación considerable en las situaciones clínicas amparadas bajo esa denominación.

#### SÍNDROMES CULTURALES NO ESPECÍFICOS A AMÉRICA LATINA

##### ***F68.81 Amok (Malasia)***

Episodio indiscriminado, presumiblemente sin provocación, de comportamiento homicida o altamente destructivo, que culmina a menudo en suicidio o es seguido por amnesia o fatiga. La mayoría de los episodios ocurren sin que exista peligro, aunque algunos se precipitan tras un periodo de ansiedad intensa o de hostilidad. Algunos estudios sugieren que los casos pueden derivar de valores tradicionales de agresión extrema o de ataques suicidas en el arte de la guerra.

Código sugerido de la CIE-10: Parte de la categoría F68.8, Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

Síndromes potencialmente relacionados: ahade idzi be (Nueva Guinea)-, benzi mazurazura (África), berserker gang (Escandinavia); cafard (Polinesia); colerina (Latinoamérica); hwa-byung (Corea), iichaa (Pueblos nativos del sudoeste de Norteamérica).

##### ***F48.8 Dhat, Dhatu, Jiryan, Shen-Kuei (Taiwán, India)***

Ansiedad aguda y problemas somáticos tales como fatiga y dolor muscular, relacionados con el miedo a perder el semen, en hombres o mujeres (que también piensen que segregan semen). Se mencionan como problemas predisponentes, el exceso de coitos, los trastornos urinarios, algunos desequilibrios en humores corporales y la dieta. El síntoma principal es una descarga blanquecina con la orina, interpretada como una pérdida de semen. Los remedios tradicionales se centran en tónicos de hierbas que restablecen el equilibrio del semen o de los humores.

Código sugerido de la CIE-10: F48.8, Otros trastornos neuróticos especificados. Si son preponderantes los síntomas de ansiedad del sistema vegetativo, se puede emplear el código F45.34 Disfunción vegetativa somatomorfa del sistema urogenital, como diagnóstico adicional.

Síndromes potencialmente relacionados: koro (China); rabt (Egipto).

***F48.8 Koro, Jinjin Bemar, Suk yeong (China, India, Sudeste asiático)***

Pánico agudo o reacción de ansiedad que implica miedo a la retracción de los genitales. En casos graves, los varones están convencidos de que el pene se les retraerá bruscamente dentro del abdomen, y las mujeres tienen la sensación de que sus mamas, sus labios genitales o su vulva se retraerán. Las víctimas presienten que esto les acarreará fatales consecuencias. Los estudios citan como factores predisponentes a ciertas enfermedades, exposición al frío o coito excesivo, pero los conflictos interpersonales y las presiones socioculturales ejercen una gran influencia en la aparición de este síndrome. La presentación es rápida, intensa e inesperada. Las respuestas varían, incluyendo sujeción de los genitales por la víctima o por algún familiar, aplicación de férulas o artilugios para prevenir la retracción, remedios de herboristería, masaje o felación.

Códigos sugeridos de la CIE-10: F48.8, Otros trastornos neuróticos especificados. Si los síntomas vegetativos de ansiedad son llamativos debe emplearse el código F45.34, disfunción vegetativa somatomorfa del sistema urogenital, como diagnóstico adicional.

Síndromes potencialmente relacionados: dhat (India); rabt (Egipto).

***F48.8 Latah (Malasia, Indonesia)***

Respuestas excesivamente exageradas al susto o al trauma, seguidas de situaciones involuntarias de ecolalia, ecopraxia o estados de trance. Ciertos estudios interpretan algunos casos como una respuesta neurofisiológica, un estado de hipersugestibilidad, o un mecanismo de expresión de una baja autoestima. Los espectadores generalmente encuentran divertidos tales episodios, mientras que las víctimas se sienten humilladas.

Códigos sugeridos de la CIE-10: F48.8, Otros trastornos neuróticos especificados. En los casos en que la sintomatología del paciente lo requiera, puede emplearse el código F44.88, Otros trastornos disociativos (de conversión) especificados, como diagnóstico adicional.

Síndromes potencialmente relacionados: amurakh (Siberia), bah-tsi (Tailandia), Mali-Mali (Filipinas), Imu (Ainu), Jumping frenchman (Canadá), Pibloktop (Esquimales árticos), susto (Latinoamérica), Yaun (Birmania).

*Nota:* El susto presenta características que le son propias y que le diferencian de este síndrome.

**F40.2 Pa-leng, frigofobia (Taiwan, Sudeste asiático)**

Estado de ansiedad caracterizado por un miedo obsesivo al frío y al viento, que se considera que producen fatiga, impotencia o muerte. Las víctimas se abrigan de manera compulsiva con ropas excesivas muy gruesas. El miedo se refuerza por las creencias culturales sobre el problema, considerado como un trastorno humoral.

Código sugerido de la CIE-10: F40.2 Fobias específicas.

Síndromes potencialmente relacionados: agua, aire (frío) (Hispanoamérica).

**F44.88 Pibloktoq, histeria del ártico (Esquimales del ártico)**

Fatiga prodrómica, depresión o confusión seguidas por un “ataque” de comportamientos disruptivos, que incluyen desnudarse o arrancarse la ropa, correr frenéticamente, rodar por la nieve, glosolalia o ecolalia, ecopraxia, destrucción de las propiedades y coprofagia. La mayoría de los episodios duran sólo unos minutos y son seguidos por pérdida de conciencia, amnesia y remisión completa. Las lesiones son raras y, mientras algunos estudios han relacionado sus causas con la tetania hipocalcémica, la mayoría de los investigadores ligan estos incidentes a ansiedades interpersonales y a factores estresantes culturalmente determinados.

Códigos sugeridos de la CIE-10: F44.88, Otros trastornos disociativos (de conversión) especificados.

Síndromes potencialmente relacionados: Amok (Malasia, Indonesia); banga, ebenzi, misala, ufufuyane (Africa); bebainan (Indonesia), Bla, grisi siknis (Misquitos de Honduras); imu (Ainu); latah (Malasia, Indonesia); mali-mali (Filipinas); nangiarpok o kayak angst, quajimaillitq (Esquimales del ártico).

**F40.1 Taijin kyofusho, shinkeishitsu, antropofobia (Japón)**

Ansiedad o fobia especialmente entre adultos jóvenes varones. Los casos están marcados por un miedo al contacto social (especialmente entre amigos), “autoconciencia” extremada (en relación con la apariencia física, el olor corporal, el enrojecimiento), y miedo a contraer enfermedades. Los síntomas somáticos comprenden dolores de cabeza, del cuerpo y del estómago, fatiga e insomnio. Los pacientes son considerados por los demás como muy inteligentes y creativos, y manifiestan tendencias perfeccionistas. Ciertos estudios sugieren que valores culturales animan a la “suprasocialización” de algunos niños, produciendo sentimientos de inferioridad y de ansiedad en las relaciones sociales.

Códigos sugeridos de la CIE-10: F40.1, Fobias sociales. Si existen otros muchos miedos, puede emplearse F40.8 otros trastornos de ansiedad fóbica, como diagnóstico adicional.

Síndromes potencialmente relacionados: anfechtung (Huteritas); itju (Nigeria).

**F44.3** *Ufufuyane, saka (Kenia, Sudáfrica)*

Estado de ansiedad popularmente atribuido a pociones mágicas administradas por enamorados rechazados, o a posesión del espíritu. Entre los rasgos característicos están el proferir alaridos y sollozar, pronunciar neologismos, presentar parálisis o convulsiones y caer en estupor similar a un trance o perder la conciencia. La mayoría de las víctimas son mujeres jóvenes no casadas. Algunas tienen pesadillas con temas sexuales, o episodios raros de ceguera temporal. Los ataques, que pueden durar días o semanas, pueden ser provocados por la vista de hombres o de personas extrañas.

Código sugerido de la CIE-10: F44.3 Trastornos de trance y de posesión. En algunos casos, el cuadro clínico del paciente puede requerir el código F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos, como diagnóstico adicional.

Síndromes potencialmente relacionados: aluro (Nigeria); phii pob (Tailandia); zar (Egipto, Etiopía, Sudán).

Nota: Se puede aproximar a las variedades latinas de los estados disociativos y/o de trance. Hay que diferenciar esto del trance chamánico el cual tiene la particularidad de ser controlado y utilizado con fines terapéuticos. Otro síndrome cultural muy expandido en América latina es la brujería de amor que también tiene múltiples expresiones.

**F44.88** *Uqamairineq (Esquimales del ártico)*

Parálisis repentina, asociada a estados de sueño que bordean lo patológico, y acompañada de ansiedad, agitación y alucinaciones. Los indicadores prodrómicos pueden incluir olores y sonidos detestables y transitorios. Mientras el problema es generalmente crónico y puede caer en pánico, la mayoría de los ataques duran sólo unos minutos y son seguidos por una completa remisión. Los casos son muy comunes, y tradicionalmente se piensa que son el resultado de una pérdida del alma, de que el alma es errante o de que existe una posesión del espíritu. Los estudios describen la experiencia como una reacción histérica disociativa o como una posible variación del síndrome de narcolepsia-cataplejía.

Código sugerido de CIE-10: F44.88 Otros trastornos disociativos (de conversión). En los casos en que se requiera, por el cuadro clínico del paciente, debe tenerse en cuenta la posibilidad de utilizar el código G47.42 Parálisis de sueño, como diagnóstico adicional.

Síndromes potencialmente relacionados: aluro (Nigeria); old hag (Terranova); phii pob (Tailandia).

Nota: Los Inuitas o Esquimales creen en la existencia de una docena de almas y aquí no se precisa la pérdida de cuál de ellas.

**F68.8** *Windigo (Pueblos nativos del Nordeste americano)*

Relatos históricos raros de obsesión canibalística. Tradicionalmente los casos se asimilaron a posesiones, con víctimas (generalmente varones) que se volvían monstruos caníbales. Los síntomas incluían depresión, sentimientos homicidas o suicidas, y una idea delirante o deseo compulsivo de comer carne humana. La mayoría de las víctimas eran personas rechazadas socialmente o al borde de

la muerte. Las primeras investigaciones describieron los episodios como psicosis históricas, precipitadas por hambre crónica o mitos culturales sobre inanición y monstruos. Algunos estudios recientes sobre el problema son controvertidos y cuestionan la legitimación del síndrome, basándose en que los casos fueron realmente un producto de acusaciones hostiles inventadas para justificar el ostracismo de las víctimas o su ejecución.

Código sugerido de la CIE-10: La información disponible hasta el momento es tan poco fiable que no se puede sugerir el código más apropiado. Si se necesita emplear un código, se puede utilizar el F68.8, Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, especificados.

Síndromes potencialmente relacionados: amok (Malasia); hsieh-ping (Taiwan); zar (Egipto, Etiopía, Sudán).

#### SÍNDROMES CULTURALES PROPIAMENTE LATINOAMERICANOS

##### ***F45.1 Nervios, nerves, nevra, nerfiza***

*(Latinoamérica, Norte de Europa, Grecia, Egipto)*

Frecuentes episodios, a menudo crónicos, de extrema tristeza o ansiedad que dan lugar a un conjunto de manifestaciones somáticas tales como dolor de cabeza o dolor muscular, reactividad disminuida, náuseas, pérdida de apetito, insomnio, fatiga y agitación. Más frecuente en mujeres. Las investigaciones ligan este trastorno al estrés, la cólera, el desequilibrio emocional y la baja autoestima. Los casos son tradicionalmente tratados con infusiones de hierbas, “píldoras para los nervios”, reposo, aislamiento y ayuda de la familia.

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:* Diferenciar del ataque de nervios. En el estado de Chiapas en México se le llama Flato, “estar inflatado” los síntomas equivalen a los de una depresión leve con ansiedad. (Cortéz Manjarres J.).

##### ***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 hecho en Puerto Rico por Guarnaccia *et. al.* (1993), 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.

#### ***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.

Códigos sugeridos de la CIE-10: F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado. Alternativamente, y si el cuadro clínico lo sugiere, puede utilizarse F48.8, Otros trastornos neuróticos especificados.

Síndromes potencialmente relacionados: lanti (Filipinas); latah (Malasia, Indonesia); malgri (Aborígenes australianos); mogo laya (Nueva Guinea); narahati (Irán); saladera (Amazonia).

*Nota:* La etiología del Susto NO es la pérdida del “ánimo” sino la pérdida de una entidad anímica localizada en la cabeza que se denomina Tonalli (López Austin A. 1984) y que no tiene nada que ver con la concepción occidental católica del alma. Existen múltiples variaciones de la expresión del susto en América Latina.

Entre los Nahuas del estado de Guerrero en México, por ejemplo, también se le conoce como onomujti o espanto. Es una de las enfermedades más difundidas entre los pueblos nahuas de México y también es conocida por otros pueblos más, aunque reviste algunas variantes de un lugar a otro, en relación a su tratamiento, no así respecto a la etiología. En los pueblos nahuas del Alto Balsas, en el estado de Guerrero, se considera que esta enfermedad es provocada por los “aires” que roban el tonalli o la “sombra”, produciendo un sinnúmero de síntomas. Existe una clasificación bien detallada de estos aires, y en este caso, los síntomas dependerán de qué tipo de aire se ha llevado el tonalli. Algunas de las circunstancias que precipitan el susto son por ejemplo: tropezarse, caerse de un burro o de un asno, encontrarse una culebra, ser atropellado, presenciar algún accidente, quemarse, ser arrastrado por el río y matar a un tipo de hormigas denominadas zontetas.

Entre los diferentes tipos de aires implicados en la etiología podemos encontrar, por ejemplo: a) los aires celestes o de la noche. Si el enfermo sufrió el “susto” de noche, hay insomnio, hiporexia, fiebre e incluso puede tener delirios y alucinaciones en la oscuridad, dolor de cabeza, dolores en los oídos; b) los aires del agua. Estos provocan la sensación de tener el estómago inflado, diarrea y dolor de estómago; c) los aires terrestres o de día o de los colores. Cuando uno de estos aires ha sido el causante del espanto, se pueden presentar síntomas como: dolores en los pies y piernas, dolor de huesos, fiebre, insomnio, desesperación, sensación de tener entumido el cuerpo y sordera.

Si la enfermedad es debida a la falta de respeto a las hormigas, quemarlas, por ejemplo, “la sangre se calienta” y aparecen erupciones en la piel tipo sarpullido, insomnio, sensación de piquetes en todo el cuerpo, parálisis facial, fiebre y dolor de cabeza. Al ritual terapéutico se le conoce como “regada” o “levantar la sombra”, y ello permite que el *tonalli* regrese al enfermo. Esta enfermedad epidémica de origen prehispánico aún conserva su vigor. Son numerosos los médicos indígenas especializados en tratar esta afección.

Este síndrome etnocultural también se conoce en la región andina de los aymaras-quechuas como “susto”. Se manifiesta por variados síntomas somáticos, con sus variantes regionales. Se la 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 presentan en personas que al caminar en lugares oscuros y solitarios, reaccionan por temor a estos espacios, cayendo en estados de ánimo lamentables acompañado de síntomas somáticos tales como cefaleas, náuseas, vómitos, palpitaciones y no raramente cuadros delirantes alucinatorios y confusionales. En aquellos casos más grave de miedo que puede terminar en fallecimiento, se les llama animu karkhuska o “alma espantada”.

#### ***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 a 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 nom-

bres 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: F44.88, otros trastornos disociativos (de conversión).

#### ***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, y los que a su vez producen bilis. Se menciona también como causa aislada la pena o la tristeza, (Madsen, 1965) comer después de enojarse, o malpasarse en la alimentación, así como la caída del estómago y la influencia maléfica de los vecinos.

La forma en que las emociones actúan sobre el organismo se ha explicado de diversas maneras según la región, en Santa Ana Tlacotenco, DF “se dice que al hacer un coraje el estómago se enfría, y si después se come un alimento frío o caliente, se desparrama la bilis del hígado y cae en el centro del estómago” (Palacios de Westendarp, 1986). En Hueyepan, Morelos, México, se cree que cuando una persona hace un coraje y lo reprime sin dejarlo aflorar, está aguantando los nervios y es cuando se calienta el hígado, la vesícula y todo el cuerpo. La idea de que la bilis hierve y se derrama, hace recordar la expresión, de “me hierve la sangre” usada para referir al estado de ira o enojo excesivo. Existe la creencia de que un exceso en la producción de bilis, origina la enfermedad. Los síntomas principales de la enfermedad, son; Falta de apetito, dolor de estómago, sabor amargo de boca, color amarillento en la piel y en la conjuntiva de los ojos, vómito amarillo o verde de sabor amargo, y dolor de hígado. Reportándose también, diarrea, sueño, fatiga, nerviosismo, angustia, decaimiento y tristeza.

La bilis es un padecimiento que puede tratarse domésticamente o por un especialista, se recomiendan purgantes, vomitivos y ayunos con la finalidad de expulsar la flema verdosa o amarillenta y limpiar el tracto digestivo. Ryesky (1976) afirma que la cura para ésta afección incluye plantas frías y calientes por que “parece ser que la enfermedad tiene más relación con el trastorno emocional, que con el desajuste del síndrome frío-calor. En ocasiones la bilis provoca cólicos, cálculos y que el buche se pudra (Palacios de Westendarp, 1986). Este es un trastorno grave que puede llegar a causar la muerte (Pérez, 1983; Guiteras Holmes, 1952). Muchos opinan que la mujer, dado su lugar en la sociedad, tiene menos posibilidades de exteriorizar o canalizar su enojo y ello provoca que el coraje o la muina “se queden en el cuerpo” mientras que el hombre puede insultar o golpear a los demás, evitando así que todo se acumule en su interior y que origine la enfermedad (Herrero Ricaño, *et. al.*, 1989; Adams, *et. al.*, 1967). “La rabia y el coraje que en los adultos conducen a la bilis, en los niños equivaldría a uno de los tipos de alferecía o chipilez. (Herrero Ricaño, *et. al.*, 1989). Scheffler (1988) señala que “la bilis es una entidad de origen psicológico que se produce cuando alguien hace un coraje fuerte”. En cambio George Foster clasifica a la bilis, lo mismo que a la tiricia, la muina y el

estar chípil como enfermedades causadas por experiencias emotivas (Herrero Ricaño, *et. al.*, 1989) Es muy importante señalar que, al parecer, el nombre más apropiado para éste mal es el de derrame o regada de bilis, ya que la bilis se entiende como sinónimo de muina, y también como un líquido que existe en el cuerpo y que al derramarse da origen a la enfermedad.

En Bolivia tiene como sinónimos: “colerina”, colerón”, rabiasqa o rabisqa, “congestión”.

La “colerina” es una reacción de rabia o enojo causada por disgustos que provocan trastornos funcionales digestivos con dolores vitales difusos, cólicos y vómitos biliosos, que se presentan en indígenas del área cultural aymara-quechua. Se llama también “colerón” (castellano colonial) a estas reacciones anímicas, cuyo sinónimo en quechua es “rabiasqa” o “rabisqa”. Son formas de reacción violenta, que congestiona todo el ser, especialmente el cerebro”. Cuando es muy violento puede producir la muerte instantánea (Hollweg, 1994, Aguiló, 1985).

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 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: F45.9, Trastorno somatomorfo, no especificado.

#### ***F45.8 Mal de Ojo, Ojo (Latinoamérica)***

Se trata de una enfermedad originada por la “mirada fuerte” de algunos individuos. También se menciona, como posibles causas, la envidia y la influencia de aquellas personas que pasan por determinados estados de ánimo. Es reconocida por la presencia de vómitos, diarrea, llanto e intranquilidad, entre muchos otros síntomas. Afecta principalmente a los niños y ocasionalmente a los adultos, se cree que las plantas y los animales también pueden ser afectados por el mal de ojo. Es una de las creencias más antiguas y difundidas en el mundo, de mayor consideración y conocimiento en el ámbito del saber médico popular. En México, ésta enfermedad ocupa el primer lugar de las causas de demanda de atención de la medicina tradicional, (Zolla, *et. al.*, 1988).

Dentro de las diversas causas del mal de ojo mencionadas, destacan por su frecuencia la mirada y la envidia, factores que se encuentran asociados. Un gran número de estudios etnográficos da cuenta de la capacidad que tienen algunos individuos para enfermar a otros por medio de la vista. General-

mente se dice que estas personas son de mirada fuerte, pesada, caliente, fija o penetrante. (Gómez López, 1990; Ryesky, 1976; Ravicz, 1969b; Zurroza Cevallos, 1985; Cifuentes, 1988; Nutini, 1988; Ruiz Salazar, 1989; Moreno Armendáriz, 1983; Baytelman, s/f; Vega Franco, 1979; Arganis Juárez, 1984; Esquivel Romero, 1989) y que, además, tienen la cualidad de dañar voluntaria o involuntariamente, todo aquello que despierte en ellos admiración, deseo de posesión, o algún sentimiento de envidia. Zolla los clasifica en poseedores permanentes y transitorios de mirada fuerte, incluyendo en el primer grupo a las mujeres estériles y las personas en las que es innata ésta cualidad, siendo perdurable el poder de su mirada. Las mujeres estériles dañarán a cualquier niño que vean, los otros miembros de éste grupo harán lo mismo con todo lo que miren fijamente. Los del segundo grupo, son todas las mujeres embarazadas, los iracundos y los borrachos; en estos casos la mirada de las embarazadas vuelve a ser inocua al dar a luz y lo mismo sucede con los borrachos e iracundos cuando recobran la calma y la sobriedad. (Zolla C, *et. al.*, 1988).

Se dice que los niños —principalmente cuando son bonitos y robustos— son víctimas potenciales de la mirada fuerte, debido a que su sangre o su espíritu son aún débiles. (Zolla, *et. al.*, 1988; Menéndez, 1981; Esquivel Romero, 1989; Rivera, 1976). En Veracruz, algunos informantes dicen que los niños “banco”, que nacen después de unos gemelos, tienen el poder de provocar y de curar ésta afección. (Kelly, 1984; Scheffler, 1988). Observación muy parecida brindan los Yaquis de Sonora, aunque señalan directamente a los mellizos como sujetos causantes de la enfermedad (Ochoa Robles, 1967).

Una mención aparte e importante merece la información que en su mayoría provienen de grupos indígenas y en menor medida de mestizos, en la que se señala como causantes a personas con determinados estados anímicos y corporales, y que poseen un tonalli fuerte. Las personas que han sufrido experiencias emotivas u orgánicas fuertes, como locura, celos, envidia, ira, sed, hambre y excitación sexual, acumulan demasiado calor, capaz de enfermar a las personas débiles. (Zolla, *et. al.*, 1988; Ramírez Castañeda, 1987; Guiteras Holmes, 1965; Módena, 1987; Rivera, 1976; Leiter Ferrari, 1982; Lewis, 1968).

El terapeuta tradicional y en algunas ocasiones los padres de la víctima recurren a varios procedimientos para su diagnóstico por ejemplo inspeccionan el rostro del paciente, especialmente los ojos, pues la presencia de los signos característicos son prueba suficiente de la afección (Zolla, *et. al.*, 1988; Villa Rojas, 1978). Se hace un recuento de los posibles agentes causales (Zolla, *et. al.*, 1988; García, 1982; Arganis Juárez, 1984; Delgado Lara, 1984), o bien se realiza una limpia que es, simultáneamente, el inicio efectivo del tratamiento.

Llama la atención una creencia muy extendida que señala que el mal de ojo no debe ser atendido por un médico académico pues la enfermedad “se riega más” y el estado del paciente se agrava (Palacios de Westendarp, 1986; Sassoon Lombardo, 1982; Arganis Juárez, 1984), idea que se expresa en la acotación, “ésta es una enfermedad del curandero, no del doctor” (Zolla, *et. al.*, 1988). En la medicina tradicional latinoamericana el mal de ojo es, quizá, la enfermedad ante la cual la población desarrolla el mayor número de medidas preventivas. Sobresale el uso de amuletos, cuya función es la

de atraer la mirada de una persona para que el poder de sus ojos se descargue en el objeto y no en el niño o adulto (Signorini, 1979).

Código de CIE-10 propuesto: F45.8, Otros trastornos somatomorfos, especificados

### ***F45.8 Muina (México)***

La muina es un estado emocional, de disgusto que repercute en la salud de quien lo experimenta y puede ser la causa de muy diversos padecimientos. La experiencia de una emoción conflictiva como el coraje, es conocida popularmente como desencadenante de una serie de reacciones orgánicas patogénicas, más aún cuando los impulsos que la situación despierta son reprimidos, provocando una concentración de sentimientos malsanos (Álvarez Heydenreich, 1976; Palacios de Westerdap, 1986; Nelly, 1965; Aguirre Beltrán, 1952; Madsen, 1965; Whitecotton, 1985; García Jiménez, 1984; Ichon, 1973; Ochoa Robles, 1967; Hermitte, 1970; Peña Ruiz, 1991; López Austín, 1990)

### ***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 (Alarcón R.).<sup>1</sup>

Código CIE-10 propuesto: F39.0, como subcategoría de F39, Trastorno de humor [afectivo], no especificado

### ***F39.1 Atontado (Tuxtlas, Veracruz, México)***

Se presenta en individuos dominados y controlados por su mujer, por medio de métodos mágicos. Dentro del mundo de la magia amorosa de esta región, se menciona diversos procedimientos para mantener al cónyuge bajo un estado de conducta anormal y pasiva, al grado de permitir que su mujer mantenga relaciones sexuales con otros hombres. Para lograr tal control, la mujer da de beber a su esposo una taza de café frío al que agrega tres gotas de su sangre menstrual. Dada la peligrosidad de tal sustancia, se dice que si se depositan cuatro gotas, el marido morirá. Para contrarrestar esta hechicería, la víctima tiene que quemar una prenda íntima de su esposa dentro de una olla de barro nueva, una vez reducida aquella a cenizas, debe de arrojar agua adentro de la olla e ingerir el brebaje.

Otros procedimientos terapéuticos consisten en la administración de sustancias vegetales, como por ejemplo el toloache (*Datura stramonium*), a las que se atribuyen propiedades mágicas y cuyos efectos fisiológicos y psicológicos se explican por sus potentes propiedades tóxicas. Administradas

<sup>1</sup> Comunicación personal.

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.

### *Brujería (América Latina)*

Sinónimo de Chizo, daño, 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. De ésta 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 a un hechizo como la causa directa de desgracias, sufrimientos y enfermedades que no tienen una explicación lógica en la concepción popular. La práctica de la brujería nunca es fortuita, pues los practicantes tienen motivos bien definidos en la elección de las víctimas, la motivación principal es la envidia. El análisis de la gran variedad de rasgos de conducta, directamente observables o deducidos, permite afirmar que existe una relación funcional entre la envidia y la brujería. Una idea muy extendida señala que los martes y los viernes son los días más propicios para efectuar trabajos maléficos (Álvarez Heydenreich, 1976).

Entre la población Nahua de Milpa Alta, Distrito Federal, es común pensar que los brujos pueden enviar una enfermedad a un individuo que no los haya tratado con el debido respeto, o por el simple hecho de serles antipático. Por medio de sus malas artes suelen introducir en el estómago de las víctimas lagartijas, víboras, sapos y ranas que le causarán trastornos agudos. También les introducen cabellos en el cerebro, o recurren a la magia imitativa por medio de la elaboración de muñecos a los que pinchan con doce alfileres, o realizan ésta operación en fotografías y prendas personales de aquel

al que desean embrujar. Otros más recitan oraciones especiales, vierten sustancias dañinas en la comida de una persona o le causan trastornos sólo con verla o escuchando en el lugar que ha pisado.

En Sayula Veracruz, Calixta Guiteras reporta un tipo de brujería muy antiguo y extendido, que consiste en enviar el mal por medio del viento (mal aire), o en introducirlo al organismo de la víctima en forma de animalitos o de piedras diminutas. Las personas que poseen Nagual (doble animal) utilizan su capacidad transformadora para metamorfosearse en puerco, perro, venado, tecolote, o cualquier tipo de animal que provocará la muerte del enemigo, o algún perjuicio a sus propiedades (Guiteras Holmes, 1952).

Una de las causas más frecuentes para recurrir a la hechicería, la constituyen los conflictos originados por cuestiones de índole sentimental o amorosa. Al respecto, la literatura etnográfica presenta una gran cantidad de casos. Oscar Lewis escribe que en Tepoztlán, Morelos, las mujeres nahuas de gran fogosidad son mal vistas por sus maridos; ellos esperan que sus mujeres no muestren exigencias ni pasiones sexuales exageradas, pues aquella que observa éstas conductas, es tildada de “loca” y se sospecha que ha sufrido un embrujo. Asimismo, se cree que las mujeres golpeadas o maltratadas pueden vengarse recurriendo a la agorería. El procedimiento más temido es una bebida hecha con toloache (*Datura Stramonium*) que, en forma secreta, se agrega a cualquier bebida ofrecida a un hombre. El uso de embrujos por venganza en manos de una mujer despechada, es muy temido. Por ejemplo se cree que la novia puede hacer enfermar a su antiguo novio si clava alfileres en una fotografía suya. Las enfermedades crónicas que padecen los jóvenes se atribuyen con frecuencia a éste tipo de conducta (Lewis, 1968).

Entre los nahuas veracruzanos de Mecayapan y Tatahuicapan se afirma que el hechizo más potente es el que se realiza por medio de la bebida, por lo que no debe hacerse jamás. Un testigo de éstas prácticas cuenta que: “Al hermano de una señora le dio menstruación en una cerveza.... ahora se pone como persona que no piensa, le bajó el sentido, ya no se puede enojar, le quitaron los sentidos dándole de tomar esa cosa que echan las mujeres... le quitó el valor ahora se queda sosegado cuando bebe... no hay derecho...”.

Para los hombres de ésta etnia, la pasión está unida al maleficio. Sentirse apasionado por una mujer es sinónimo de estar embrujado. La pasión es mala porque el hombre se obsesiona, pierde su libertad, y no puede trabajar en paz. Cualquier leve separación causa un sufrimiento muy intenso, esta vehemencia se manifiesta como un deseo insaciable y lleva al hombre a desear a la mujer hasta agotarse y morir. Esta obsesión, se conoce como “andar embrujado por una mujer”. Los trastornos de la salud que sufren las personas embrujadas, varían de acuerdo con las causas y finalidad del maleficio. Así por ejemplo cuando éste se relaciona con aspectos sexuales o amorosos, es común la presencia de enfermedades venéreas como dermatitis en la región genital, esterilidad, e impotencia entre otros padecimientos (Balam Pereira, 1987).

Algunas manifestaciones reportadas con mayor frecuencia para cualquier tipo de brujería, están representadas por una gran variedad de enfermedades digestivas, como dolores agudos de estómago, diarrea, vómitos y falta de apetito. También se reporta, dolores de cabeza, fiebre, pérdida de peso

dolores musculares y óseos, e inflamación de la cara y miembros inferiores, infecciones de la piel y oídos, pérdida temporal de la vista o parálisis de una mano o de un pie, debilidad, cansancio, somnolencia, apatía, palidez, miedo, angustia, mareos y alucinaciones. Así mismo el paciente sufre todas las noches horribles pesadillas en las que se ve en lugares solitarios y lúgubres o es atacado por ciertas plantas y todo tipo de animales y sabandijas repugnantes además ve a una persona o a otras que le son totalmente desconocidas. (Baytelman, B, 1986; Balam Pereira, 1987; Velásquez Gallardo, 1949; Hansen, *et. al.*, 1984; Pérez, 1987; Ryesky, 1976; Young, 1981; Holloand, 1978; Villalobos Contreras, 1989).

El análisis de todos los aspectos que conforman la actual concepción y prácticas de la brujería en Latinoamérica, permite afirmar que a este fenómeno subyacen no solo paralelismos, sino también una mezcla de creencias prehispánicas y europeas. Finalmente, es necesario señalar que algunas teorías funcionalistas han destacado la práctica de la brujería como un factor de control social que elimina contradicciones y oposiciones. Asimismo, se considera que por medio de la brujería se brinda “escape” a los impulsos agresivos que no deben descargarse físicamente sobre otros miembros de la sociedad. Sin embargo, aunque se le conserva como forma de expresión de los antagonismos laterales de la sociedad, que alivia mágicamente las tensiones sociales, no es una solución de la que el ejecutor pueda salir indemne, ya que el hecho de que se descubra la existencia y autoría de un hechizo, puede conducir a la agresión física directa en contra del presunto culpable (Arganis Juárez, 1984), generándose así una cadena interminable de venganzas.

En Bolivia se le conoce como: Malpuesto (Hollweg, 1985), Layqasqa, brujeasqa, llankasqa, ruasqa (Hollweg, 1994) embrujado, macumbado. Es otro de los síndromes que se encuentra difundido tanto en los indígenas de los Andes y de los llanos, como en los mestizos y blancos de las ciudades. Son “enfermedades puestas” por el maleficio de un brujo o por una persona mala y envidiosa. Su fuente puede ser mítica indígena, occidental cristiana y sincrética. En la región amazónica, especialmente en los mestizos, se hace sentir la influencia afrobrasileña de la “enfermedad puesta” por un macumbero (brujo) mediante un embrujo o hechizo (macumba).

Los brujos son detestados en las comunidades aborígenes por los supuestos efectos malignos o males que provocan. En los diferentes pueblos indígenas del Oriente boliviano, chiriguano, guarayo, sirionó, ayoreode y chiquitanos creen en estas enfermedades puestas por estos brujos y les confieren diferentes denominaciones. El curandero es el encargado de deshacer el hechizo a través de su arte y rituales mágicos. En las regiones quechuas y aymaras se llama “laygasga” al embrujado o al que sufre ese malpuesto. Son sinónimos de este término: “brusjeaga”, “llaskasga”. Según Aguiló (1985), este síndrome es producto de una maldición que alguien deseándonos el mal, nos ha hecho a través del “layga” (brujo y sus ritos maléficos). Los efectos son múltiples según el tipo de brujería usada”. Los “jampiris” y “colliris” hacen el diagnóstico y tratamiento. Las manifestaciones de estos síndromes son muy diversas. Presentan desde quejas orgánicas variadas hasta trastornos mentales profundos.

Los aymara-quechuas de Potosí designan de sajra onqoy a la llamada “enfermedad del maligno”, cuyo causante es el maligno “sajra”, que lo ligan a la “mala suerte”, al hechizo, al susto producido

por algún fantasma (paqoma) o ser viviente. Se la subclasifica en: “Sajra Wayra” (mal viento), “Sajra Killa” (mala luna) y “Sajra Qocha” (mala laguna). Esta enfermedad “mágica” presenta: pérdida del ánimo, adelgazamiento, inapetencia.

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.



**Anexos**



## Anexo 1

### Caso Clínico Ilustrativo

#### 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. Como consecuencia de su reporte de ideas previas de persecución, alucinaciones auditivas, conducta agresiva y depresión, ella fue referida por el médico tratante al servicio de universitario de consulta externa para pacientes esquizofrénicos. De este servicio y luego de una prueba terapéutica, ella fue referida al servicio de consulta externa para pacientes con trastornos del ánimo.

#### HISTORIA DE LA PRESENTE ENFERMEDAD

La Sra. A reporta que ella 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 ella tenía 24 años, su tercera hija nació con genitales ambiguos y fue considerada como un varón por la familia de su esposo. Seis meses más tarde, el equipo médico le informó que su bebé era en realidad una niña con un genotipo XYO y recomendó tratamiento hormonal y cirugía.

El día en que la cirugía estaba planeada, a mediados de 1989, los familiares de su esposo conversaron con el cirujano y le trataron de convencer de que no cambiara “la masculinidad del bebé”; como consecuencia de esto, la cirugía fue cancelada ese día. La Sra. A presentó una crisis emocional y fue hospitalizada por dos meses, con exaltación del ánimo seguida de depresión y diagnosticada como un trastorno bipolar.

Tras su egreso, su esposo la llevó al Líbano a vivir con sus padres de ella. Tras un año allí, de nuevo fue hospitalizada, pero no tiene ninguna recolección de ese evento ni de los hechos ocurridos en el transcurso de los dos años que siguieron a su primera crisis emocional.

Después de casi 3 años en Líbano, ella retornó a Brasil completamente recuperada. Su tercera hija estaba para entonces viviendo con su cuñada y la familia de su esposo no le permitió traerla a vivir con ella. Poco tiempo después, se embarazó de nuevo y experimentó temor de que su nuevo bebé naciera con problemas congénitos similares. Fue necesario hospitalizarla de nuevo por 2 semanas debido a un trastorno depresivo, cuando cursaba el 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, aún cuando no tomara medicamentos continuamente. Cuatro meses después ella se quejó de nerviosismo debido a la carencia de dinero y a problemas con su esposo y su cuñada, debido a que ella 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, ella fue traída al servicio de emergencia y hospitalizada por 2 meses, debido a síntomas maníacos e ideas de referencia. A su egreso, ella retornó al cuidado de consulta externa libre de síntomas pero muy sedada (tomaba haloperido 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 se le ha recomendado por su psiquiatra.

#### ANTECEDENTES MÉDICOS

Fibromialgia desde hace 5 años.

#### *Historia de desarrollo, familiar y social*

La Sra. A. es la 4ª de 7 hijos (los últimos dos son varones) y nació el Día de 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 un escuela pública elemental, pero fue, académicamente, solo 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, entonces de 6 años, 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 ella 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 que arribó a Líbano, se volvió 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 para obtener visa para moverse con su esposo a Venezuela, tuvo que 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, aún 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 requirieron estudios de imágenes o de otro tipo.

**FORMULACION DIAGNOSTICA INTEGRAL**

(Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Julio 12, 2002)

Nombre: \_\_\_ Sra. A \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_ Enero, 2004 \_\_\_

Edad: \_\_\_ 34 \_\_\_ Sexo: M \_\_\_ FX \_\_\_ Estado Civil: \_\_\_ Casada \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_ Ama de casa \_\_\_\_\_

**1er COMPONENTE: FORMULACION MULTIAXIAL ESTANDARIZADA**

**Eje I. 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
Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión	F31.7

B. Condiciones Médico-Generales:

	Códigos
Fibromialgia	M79.0

**Eje II: Discapacidades**

Áreas de Funcionamiento	Escala de Discapacidad*						
	0	1	2	3	4	5	D
A Cuidado personal	X						
B Ocupacional (empleado, estudiante, etc.)			X				
C Con la familia				X			
D Social en general			X				

\* 0= Ninguna; 1= Mínima; 2 = Moderada; 3 = Sustancial; 4 = Seria; 5 = Masiva; D = Desconocida; de acuerdo a la intensidad y frecuencia de la presencia reciente de los diferentes tipos de discapacidades.

**Eje III: Factores Contextuales** (Pertinentes a la presentación, curso o tratamiento de los trastornos del paciente, o como objetivos de atención clínica. Se pueden indicar con códigos Z de la CIE-10).

Áreas de Problemas (especificarlos a continuación)	Códigos Z
1. Familia/Vivienda: Problemas relacionados con el grupo de apoyo, incluidas circunstancias familiares	Z63
2. Educacional/Trabajo: Problemas relacionados con la educación; problemas de desempleo.	Z55, Z56
3. Económica/Legal: Ingresos económicos insuficientes para ser independiente.	Z59.6
4. Cultural/Ambiental: Problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida.	Z73

**Eje IV: Calidad de Vida** (Indicar el nivel percibido por el paciente de su calidad de vida, de pésima a excelente, marcando uno de los 10 puntos en la línea de abajo. Este nivel puede ser determinado a través de un instrumento multidimensional apropiado o por calificación global directa).

Pésima X Excelente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## Formulación diagnóstica integral (Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Julio 12, 2002)

### 2DO. COMPONENTE: FORMULACION IDIOGRAFICA PERSONALIZADA

I. Problemas Clínicos y su Contextualización (Se incluyen trastornos y problemas, basados en la Formulación Multiaxial Estandarizada, en lenguaje compartido por el clínico, el paciente y su familia, así como información complementaria clave, mecanismos y explicaciones desde perspectivas biológicas, psicológicas, sociales y culturales).

Paciente es una mujer brasileña nacida de padres libaneses. Su padre fue un hombre de mente abierta y ella creció en un ambiente bastante estimulante y agradable. Sin embargo, en su adolescencia tardía ella se casó con un hombre musulmán de una familia muy conservadora, cuando ella y su familia vivían en Líbano. Según la paciente, sus problemas empezaron hace 10 años, cuando (después de dos hijas sanas) su tercer hijo nació con genitales ambiguos. Cuando este niño tenía 6 meses de edad, se programó una intervención quirúrgica para definir un fenotipo femenino en su niño, pero la familia de su esposo se opuso a esta intervención. Poco después, la paciente presentó una crisis emocional (que fue diagnóstica-

da como un trastorno bipolar) y fue hospitalizada, recuperando su “memoria” sólo dos años más tarde, con recuperación completa y remisión de toda su sintomatología. Sin embargo, su tercera hija permaneció en casa de su cuñado y ella se sintió rechazada por su familia política y juzgada por su suegra.

Tres años después de su recuperación, se embarazó de nuevo y cuando tenía 6 meses de embarazo, presentó de nuevo otra crisis emocional vinculada a su temor anticipado de que su bebé tendría también problemas congénitos. Fue hospitalizada por cerca de dos meses y un tiempo después de su egreso, nació su cuarta hija. Desde entonces, ella se encuentra bien, tomando una dosis muy baja de medicación y bajo tratamiento en psicoterapia de tipo sistémico. Ella se queja de que su esposo es demasiado sumiso con su propia madre, un poco indolente y poco atento con ella. Pese a que en el pasado ella llegó a considerar divorciarse de su esposo, eso ahora resulta impensable para ella, por el efecto que esto tendría en sus hijas. Algunas veces ella se siente desanimada, nerviosa o irritable, esencialmente como consecuencia de sus problemas familiares y económicos. Ocasionalmente, también ella experimenta algún dolor muscular. Si interrumpe

la medicación se siente más ansiosa y se siente demasiado activa; por eso, ella no se siente cómoda con un cambio de su medicación, cuando esto se ha sugerido.

II: Factores Positivos del Paciente (Se incluyen recursos pertinentes al tratamiento y promoción de la salud, p. ej., madurez de personalidad, habilidades y talentos, apoyos y recursos sociales, y aspiraciones personales y espirituales).

Desde que está recibiendo tratamiento, la Sra. A ha decidido prepararse para aceptar mejor la manera de ser de su esposo y para mantener unida a su familia. Ella ha empezado a estudiar de nuevo y trabaja ocasionalmente (enseñando inglés en forma privada y en una escuela para niños pequeños). Se siente identificada con sus raíces culturales y tiene relaciones sociales mayoritariamente en la comunidad de su mezquita. Ella no ingresó en la universidad debido a su situación económica, y ahora considera como sus objetivos primarios, el ofrecerles las mejores condiciones a sus hijas para que se preparen bien para el futuro y ayudar a su cuñada a cuidar de su tercera hija.

III: Expectativas sobre Restauración y Promoción de la Salud (Se incluyen expectativas específicas sobre los tipos y resultados del tratamiento y aspiraciones sobre el estado de salud y calidad de vida en el futuro previsible).

La paciente y el clínico están de acuerdo con su condición psiquiátrica y la fibromialgia son bastante tratables con psicoterapia y medicación. Ellos además están de acuerdo con que la adecuada atención y cuidado a sus conflictos maritales, problemas familiares y su situación socio-ocupacional mejoraría muy probablemente tanto su condición psicológica como su calidad de vida. Estrategias de promoción de su salud física y mental incluyen, además, la afirmación de su identidad cultural y el incremento en sus habilidades personales.

**FORMATO PARA PLAN DE TRATAMIENTO**

Nombre: Sra. A Registro N°: \_\_\_\_\_ Fecha (d/m/a): Enero 2004  
 Edad: 34 Sexo:  M  F Estado civil: Casada Ocupación: Ama de casa  
 Clínicos involucrados: \_\_\_\_\_  
 Servicio: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:**

Bajo **Problemas Clínicos** liste, como objetos de tratamiento, trastornos clínicos importantes, discapacidades y problemas contextuales presentados en la formulación diagnóstica multiaxial, así como, problemas anotados en la formulación idiográfica. 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 clínico. Sea lo más específico posible en señalar las modalidades terapéuticas 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 meta 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.

<u>PROBLEMAS CLÍNICOS</u>	<u>INTERVENCIONES</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
1. Trastorno bipolar	a. Cambiar el haloperidol por un estabilizador del ánimo, ajustando la dosis de acuerdo con la respuesta y los efectos colaterales. b. Psicoterapia, de preferencia involucrando a su esposo, y considerando estrategias de promoción mediante el fortalecimiento de los aspectos positivos de la paciente.	Re-evaluar en 2 semanas  Re-evaluar en 2 meses
2. Fibromialgia	a. Prescribir un antidepresivo inhibidor de la recaptura de la serotonina. b. Referir al servicio de Reumatología.	Seguir su evolución durante las sesiones de psicoterapia.
3. Problemas sociocultural	a. Mejorar la formulación cultural para clarificar más los aspectos de su identidad cultural y su relación con la enfermedad y el tratamiento. b. Referir a los Servicios Social y Psicológico del Hospital para orientarla en relación con los problemas médicos y de identidad de género de su hija.	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 VIH

#### CAPÍTULO II

##### *Tumores (C00-D48)*

**C70** Tumor maligno de las meninges

**C71** Tumor maligno del encéfalo

**C72** Tumor maligno de la médula espinal, nervios craneales y otras partes del sistema nervioso central

**D33** Tumor benigno del cerebro y de otras partes del sistema nervioso central

**D42** Tumor de las meninges de evolución incierta y de naturaleza no especificada

**D43** Tumor del encéfalo y del sistema nervioso central de evolución incierta y de naturaleza no especificada

#### CAPÍTULO IV

##### *Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)*

**E00** Síndrome congénito por deficiencia de yodo

**E01** Trastornos tiroideos por deficiencia de yodo y afecciones relacionadas

**E02** Hipotiroidismo subclínico por deficiencia de yodo

**E03** Otros tipos de hipotiroidismo

**E03.2** Hipotiroidismo debido a medicamentos o a otras sustancias exógenas

**E03.5** Coma mixedematoso

**E05** Tirotoxicosis (hipertiroidismo)

**E15** Coma hipoglucémico no diabético

**E22** Hiperfunción de la glándula hipófisis

**E22.0** Acromegalia y gigantismo hipofisiario

**E22.1** Hiperprolactinemia

Incluye: Hiperprolactinemia inducida por drogas

**E23** Hipofunción y otros trastornos de la glándula hipófisis

**E24** Síndrome de Cushing

**E30** Alteraciones de la pubertad no clasificadas en otra parte

**E30.0** Pubertad retardada

**E30.1** Pubertad precoz

**E34** Otros trastornos endocrinos

**E34.3** Baja estatura no clasificada en otra parte

**E51** Deficiencia de tiamina

**E51.2** Encefalopatía de Wernicke

**E64** Secuelas de desnutrición y otras deficiencias nutricionales

**E66** Obesidad

**E70** Trastornos del metabolismo de los aminoácidos aromáticos

**E70.0** Fenilcetonuria clásica

**E71** Trastornos del metabolismo de los aminoácidos de cadena ramificada y de los ácidos grasos

**E71.0** Enfermedad de la orina de jarabe de arce

**E74** Otros trastornos del metabolismo de los carbohidratos

**E80** Trastornos del metabolismo de las porfirinas y la bilirrubina

#### CAPÍTULO VI

##### *Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)*

**G00** Meningitis bacteriana no clasificada en otra parte

Incluye: Las debidas a haemophilus, neumococo, estreptococo, estafilococo y otras meningitis bacterianas

**G02** Meningitis en otras enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte

**G03** Meningitis debidas a otras causas y a causas no especificadas

**G04** Encefalitis, mielitis y encefalomiелitis

**G06** Absceso y granuloma intracraneales intrarraquídeos

**G06.2** Absceso extradural y subdural no especificado

**G10** Enfermedad de Huntington

**G11** Ataxia hereditaria

**G20** Enfermedad de Parkinson

**G21** Parkinsonismo secundario

**G21.0** Síndrome neuroléptico maligno

**G21.1** Otro parkinsonismo secundario inducido por drogas

- G21.2 Parkinsonismo secundario debido a otros agentes externos
- G21.3 Parkinsonismo postencefalítico
- G24** Distonía
- Incluye: Disquinesia
- G24.0 Distonía inducida por drogas
- G24.3 Tortícolis espasmódica
- G24.8 Otras distonías
- Incluye: Disquinesia tardía
- G25** Otros trastornos extrapiramidales y del movimiento
- Incluye: Síndrome de las piernas temblorosas, tremor medicamentoso, mioclonus, corea, tics
- G30** Enfermedad de Alzheimer
- G30.0 Enfermedad de Alzheimer de comienzo temprano
- G30.1 Enfermedad de Alzheimer de comienzo tardío
- G30.8 Otra enfermedad de Alzheimer
- G30.9 Enfermedad de Alzheimer, no especificada
- G31** Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso clasificadas en otra parte
- G31.0 Atrofia cerebral circunscrita
- Incluye: Enfermedad de Arnold Pick
- G31.1 Degeneración cerebral senil, NCOP
- G31.2 Degeneración del sistema nervioso debida al alcohol
- Incluye: Ataxia cerebelosa alcohólica
- Degeneración alcohólica:
- Cerebrosa 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: Encefalomiелitis 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 secundaria 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 (I00-199)*

- I10** Hipertensión esencial (primaria)
- I60** Hemorragia subaracnoidea
- I61** Hemorragia intracerebral
- I62** Otra hemorragia intracraneal no traumática
- I62.0 Hemorragia subdural (aguda, no traumática)
- I62.1 Hemorragia extradural no traumática
- I63** Infarto cerebral
- I64** Ictus, ataque agudo no especificado como hemorragia o infarto
- I65** Oclusión y estenosis de las arterias precerebrales sin infarto cerebral
- I66** Oclusión y estenosis de las arterias cerebrales sin infarto cerebral
- I67** Otras enfermedades cerebrovasculares
- I67.2 Ateroesclerosis cerebral

- I67.3 Leucoencefalopatía vascular progresiva  
Incluye: Enfermedad de Binswanger  
I67.4 Encefalopatía hipertensiva  
**I69** Secuelas de enfermedades cerebrovasculares  
**I95** Hipotensión  
I95.2 Hipotensión debida a drogas

#### CAPÍTULO X

##### *Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)*

- J10** Influenza debida a virus de la influenza identificado  
J10.8 Influenza con otras manifestaciones, virus de la influenza identificado  
**J11** Influenza, virus no identificado  
J11.8 Influenza con otras manifestaciones, virus no identificado  
**J42** Bronquitis crónica no especificada  
**J43** Enfisema  
**J45** Asma

#### CAPÍTULO XI

##### *Enfermedades del aparato digestivo (K00-K93)*

- K25** Úlcera gástrica  
**K26** Úlcera duodenal  
**K27** Úlcera péptica, de localización sin especificar  
**K29** Gastritis y duodenitis  
K29.2 Gastritis alcohólica  
**K30** Dispepsia  
**K58** Síndrome del colon irritable  
**K59** Otras alteraciones intestinales funcionales  
**K70** Enfermedad hepática alcohólica

- K71** Enfermedad hepática tóxica  
Incluye: Enfermedad hepática inducida por drogas  
**K86** Otras enfermedades del páncreas  
K86.0 Pancreatitis crónica inducida por alcohol

#### CAPÍTULO XII

##### *Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)*

- L20** Dermatitis atópica  
**L98** Otros trastornos de la piel y del tejido celular subcutáneo NCOP  
L98.1 Dermatitis facticia  
Incluye: Escoriación neurótica

#### CAPÍTULO XIII

##### *Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)*

- M32** Lupus eritematoso disseminado  
**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 dos 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 anomalías 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 a 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
- R78** Hallazgo de drogas y otras sustancias que normalmente no se encuentran en sangre  
Incluye: Alcohol (R 78.0); opiáceos (R 78.1); cocaína (R 78.2); alucinógenos (R 78.3); medicamentos con potencial capacidad de adicción (R78.4); medicamentos psicoactivos (R78.5); concentraciones anómalas de litio (R78.8)
- R83** Hallazgos anormales en el líquido cefalorraquídeo
- R90** Hallazgos anormales en el diagnóstico por imágenes del sistema nervioso central
- R94** Resultados anormales en estudios funcionales

- R94.0 Resultados anormales en estudios funcionales del sistema nervioso central  
Incluye: Electroencefalograma (EEG) anormal

CAPÍTULO XIX

*Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (S00- T98)*

- S06** Traumatismo intracraneal
- S06.0 Concusión
- S06.1 Edema cerebral traumático
- S06.2 Traumatismo cerebral difuso
- S06.3 Traumatismo cerebral focal
- S06.4 Hemorragia epidural
- S06.5 Hemorragia traumática subdural
- S06.6 Hemorragia traumática subaracnoidea
- S06.7 Traumatismo intracraneal con coma prolongado

CAPÍTULO XX

*Causas externas de morbilidad y mortalidad (V01-Y98)*

- Suicidios y lesiones intencionalmente autoinflingidas (X60-X84)  
Incluye: envenenamiento o lesión intencionalmente autoinflingida, intento de suicidio
- X60** Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por analgésicos no opiáceos, antipiréticos o antirreumáticos
- X61** Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por medicamentos antiepilépticos, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianos y psicotrópicos no clasificados en otra parte

Incluye: Antidepresivos, barbitúricos, neurolépticos, psicoestimulantes

**X62** Envenenamiento intencionalmente autoinflingido 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 autoinflingido por otros medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso autónomo

**X64** Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por otras drogas, medicamentos y productos biológicos y los no especificados

**X65** Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por alcohol

**X66** Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por solventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores

**X67** Envenenamiento intencional mente autoinflingido por otros gases y vapores

Incluye: Monóxido de carbono; gas ciudad

**X68** Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por pesticidas

**X69** Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por otros productos químicos y sustancias nocivas y los no especificados

Incluye: Aromáticos corrosivos, ácidos y álcalis cáusticos

**X70** Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación

**X71** Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por sumersión

**X72** Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por disparo de arma corta

**X73** Suicidio y lesión intencional mente autoinflingida por descargas de rifles, escopeta y arma larga

**X74** Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por disparo de otra arma de fuego y las no especificadas

**X75** Suicidio y lesión intencional mente autoinflingida por material explosivo

**X76** Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por humo, fuego o llamas

**X77** Suicidio y lesión intencional mente autoinflingida por vapores de agua, vapores calientes y objetos calientes

**X78** Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por objeto cortante

**X79** Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por objetos sin filo o romos

**X80** Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por salto desde un lugar elevado

**X81** Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por arrojar o tenderse ante objeto en movimiento

**X82** Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por choque de vehículo a motor

**X83** Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por otros medios especificados

Incluye: Choque de aeronaves

- Electrocutión

- Sustancias cáusticas, excepto envenenamiento

**X84** Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por medios no especificados

*Homicidios y lesiones intencionalmente infligidas por otra 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

**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 al 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 anomalías 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 polítricos
- 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 auto agresivo

**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

### Diccionario lexicológico

Toda disciplina del saber humano tiene su propia terminología, que es necesario conocer para orientarse en las complejidades de la información que contiene. Tal conocimiento, además, debe estar informado de su marco cultural pertinente, en nuestro caso, el latinoamericano. La terminología psiquiátrica no está completamente estandarizada, por lo cual sus conceptos no siempre tienen una acepción universal. Así, un mismo fenómeno puede ser conocido por distintos apelativos según la región geográfica, escuela de pensamiento o incluso las concepciones personales de quien las emplea.

Las definiciones que a continuación aparecen, son aquellas que a juicio de los editores de la GLADP se ajustan más al sentido con que son usadas en esta Guía.

**Alucinaciones** • Percepción de un objeto inexistente en el campo sensorial del sujeto en el momento de la vivencia.

**Angustia** • Término utilizado en esta Guía como sinónimo de ansiedad, empleado con un sentido más restringido para referirse a los estados de ansiedad caracterizados por intensas manifestaciones precordiales (opresión o dolor precordial, palpitaciones, disnea, etc.)

**Anhedonia** • Incapacidad generalizada para disfrutar de la vida.

**Ansiedad** • Síndrome constituido por un conjunto de manifestaciones subjetivas y objetivas, y caracterizado por un estado hipertrofiado de alerta, asociado con síntomas y signos de excitación autonómica, las mismas que normalmente acompañan a la aparición o expectativa de un peligro objetivo, aún sin la presencia de este.

**Apatía** • Afectación de la esfera conativa del psiquismo, consistente en una significativa disminución, morbosamente engendrada, de la disposición anímica para llevar a cabo acciones.

**Chamán** • Deriva del armenio y significa sabio. Persona encargada en las sociedades tradicionales y en algunos medios sociales actuales, de ciertos rituales terapéuticos, religiosos y comunitarios, frecuentemente acompañado de estados modificados de conciencia (trance).

**Conciencia** • Este término es usado en esta guía en un sentido restringido, equivalente a nivel de vigilia. Debe reconocerse que hay otros usos igualmente apropiados del vocablo.

**Confiabilidad** • Ver Fiabilidad.

**Contextualizado** • Diagnóstico o sistema diagnóstico que toma en cuenta el entorno del suje-

to evaluado, o está en relación dialéctica con éste.

**Delirium** • Síndrome encefálico agudo de evolución fluctuante, caracterizado por niveles de conciencia variados, que se acompaña de vívidas ilusiones y alucinaciones, las cuales determinan el estado afectivo y conductual del paciente.

**Delusión** • Idea falsa, irrefutable por argumentación lógica, que es mantenida firmemente a pesar de la evidencia que la contradice y del hecho de que otros miembros del grupo cultural no la comparten.

**Disforia** • Un sentimiento de desagrado e inquietud general; un estado de ánimo de insatisfacción e inquietud general. Suele estar presente en los estados depresivos y ansiosos.

**Divagación** • Pensamiento vago o elíptico. Trastorno del curso del pensamiento en el cual las ideas principales se entremezclan con otras de relativa o ninguna conexión con ellas, sin que las primeras lleguen a perderse del todo. La resultante es un lenguaje lleno de rodeos con un pobre poder de comunicación.

**Ecopraxia** • Repetición, por parte del paciente, sin segundas intenciones aparentes y de manera mecánica, de los movimientos y gestos realizados por su interlocutor.

**Estrés** • Término utilizado para referirse a 1) las manifestaciones clínicas debidas a la presencia de factores tensionantes que no han podido ser adecuadamente enfrentados, o 2) Como sinónimo de estos factores.

**Estructurados** • [Elementos, entrevistas, etc.]: cuestionarios organizados de tal forma, que toda la información es recogida mediante preguntas pre-establecidas, concretas y directas.

**Estupor** • Se refiere a un estado de marcada disminución de los movimientos voluntarios, usualmente asociada con una alteración de la conciencia.

**Excitación** • Síndrome caracterizado por un aumento marcado y desorganizado de los movimientos voluntarios, con distorsión del control consciente de los mismos.

**Fiabilidad** • Grado de concordancia semiológica o diagnóstica entre diferentes evaluadores o entre diferentes administraciones del instrumento.

**Fugarse de la escuela** • Sustituye en el texto de esta Guía al término “hacer novillos”, empleado en las versiones españolas de la CIE-10 y que se refiere al ausentismo escolar no autorizado y, con frecuencia desconocido, por los padres.

**Hipercinencia** • Aumento significativo de los movimientos voluntarios, sin que tal incremento se traduzca en una mayor producción académica o laboral.

**Hipervigilancia** • Condición caracterizada por un excesivo estado de alerta, lo que usualmente se acompaña de un estado de hipersugestibilidad.

**Humor** • Se utiliza en esta Guía como intercambiable con “afecto” y “estado de ánimo”.

**Idea sobrevalorada** • Trastorno del pensamiento consistente en la magnificación de un suceso o situación real a tal punto que interfiera con el normal desenvolvimiento del paciente en cualquier esfera.

**Ilusión** • Percepción distorsionada de un objeto.

**Incoherencia** • Trastorno de la forma del pensamiento caracterizado por un lenguaje carente de una asociación lógica entre palabras o ideas, por lo que se pierde su poder de comunicación.

**Influencia o de pasividad, Delusiones o Ideas delusivas de** • Ideas que expresan la creencia o convicción del paciente de que sus actos, pensamientos y sentimientos no le pertenecen, sino que le son impuestos por fuerzas externas.

**Irritabilidad** • Estado afectivo caracterizado por una disminución del umbral de estimulación psíquica necesario para evocar reacciones disfóricas, o de alarma.

**Labilidad afectiva** • Estado caracterizado por la inestabilidad y los frecuentes cambios en la polaridad del estado afectivo ante estímulos poco significativos.

**Labilidad emocional** • Ver labilidad afectiva.

**Mestizo** • Término que se utiliza en Latinoamérica para designar al descendiente de padres pertenecientes a etnias diferentes, tales como las europeas, africanas, asiáticas y las indoamericanas. El mestizaje no es un acontecimiento meramente biológico, sino que implica el encuentro y enriquecimiento mutuo de diversas culturas. En efecto puede decirse que el mestizaje es un elemento descriptivo central de la cultura latinoamericana. Algunos de los términos utilizados para designar ciertas formas de mestizaje son: cholo, zambo, mulato, ladino, criollo.

**Misogenia** • Aversión o desprecio a sus propios orígenes (etnia, nacionalidad por ejemplo). No debe confundirse con el término Misoginia (ver).

**Movimientos estereotipados** • Son aquellos consistentes en secuencias de acciones monótonas, iterativas y sin propósito útil evidente.

**Neologismos** • Trastorno del contenido del pensamiento consistente en la utilización de palabras “inventadas” por el paciente, frecuentemente con un significado *sui generis*.

**Neurótico** • [nivel de funcionamiento, desarrollo]. Un nivel de funcionamiento psicológico, cuyas manifestaciones son consideradas indeseables por el paciente, que busca deshacerse de ellas. Se diferencia del nivel de funcionamiento psicótico por preservar la capacidad de evaluación de la realidad.

**Nihilista(s) idea(s)** • Ideas de negación o aniquilación.

**Obediencia automática** • Comportamiento caracterizado por la ejecución automática de las órdenes dadas al paciente, aun cuando, dada su naturaleza, estas deberían ser normalmente rechazadas.

**Pachamama** • La deidad tierra de la cultura Quechua. También se le llama Mamapacha.

**Pensamiento, Bloqueo del** • Trastorno del curso del pensamiento, consistente en la interrupción abrupta del hilo del pensamiento, con incapacidad temporal para generar nuevas ideas o volver al tema o conversación interrumpido.

**Pensamiento, Difusión del** • Convicción delusiva de que lo que se piensa es, automáticamente y en contra de su voluntad, difundido a otra u otras personas.

**Pensamiento, Inserción del** • Convicción de carácter delusivo de que sus pensamientos no le pertenecen, sino que le son impuestos por fuerzas externas.

**Pensamiento, Robo del** • Interpretación delusiva del bloqueo del pensamiento, atribuyéndolo a la sustracción de este por personas u otras fuerzas externas.

**Percepción delusiva** • Fenómeno psicopatológico consistente en la atribución delusional de un significado especial (generalmente de revelación), a hechos u objetos normalmente percibidos.

**Perfeccionismo** • Elevación extrema, innecesaria y paralizante del nivel de exigencia en la calidad de las cosas o del desempeño propio o de segundas personas.

**Pilladura** • Un síndrome cultural que consiste en la pérdida del alma, o de alguna de las almas.

**Psicoactivas, Drogas, Sustancias** • Dícese de aquellas cuyo consumo produce cambios en el estado mental.

**Psicosis, psicótico** • En línea con el enfoque descriptivo de la clasificación de los trastornos mentales en la CIE-10, la GLADP acepta que el concepto de psicosis (o psicótico) “simplemente indica la presencia de alucinaciones, delusiones, o un número limitado de anormalidades graves de la conducta, tales como excitación e hiperactividad exageradas, retardo psicomotriz marcado, y conducta catatónica” (WHO, 1992).

**Psicotropas, Drogas, Sustancias** • Ver Psicoactivas.

**Ritual obsesivo** • Sucesión de comportamientos absurdos que el paciente ejecuta de modo compulsivo y rígido, antes o después de determinadas situaciones. Pueden tener como objetivo el prever de un modo “mágico” la ocurrencia de eventos infortunados, o simplemente escapar a la ansiedad que provoca el no ejecutarlos.

**Síntomas negativos, o de déficit** • Son aquellos caracterizados por la pérdida o embotamiento de funciones necesarias para un funcionamiento psicológico y social adecuados.

**Síntomas positivos** • Aquellos determinados por la aparición de elementos conductuales, afectivos o de pensamiento, que normalmente se encuentran ausentes, o son mucho menos marcados en la psiquis normal, como delusiones, alucinaciones o agitación.

**Síntomas psicóticos** • Este término es usado para referirse a la presencia de ideas delusivas, alucinaciones, gran excitación e hiperactividad, aislamiento social grave (no debido a depresión o ansiedad), o marcada inhibición psicomotriz y catatonía.

**Suicida (acto, gesto)** • Auto-agresión que tiene el propósito de quitarse la vida, ponerla en peligro, o poner en evidencia la disposición a hacerlo.

**Suicidio** • Auto-agresión de consecuencias fatales.

**Suicidio, intento de** • Auto-agresión que no llega a causar la muerte.

**Validez** • Término estadístico relacionado con el grado de utilidad de un concepto y de su capacidad para recoger sus características definitorias.

## Anexo 4

### Propuestas para sistemas diagnósticos futuros

#### INTRODUCCIÓN

En este anexo se recogen las ideas que un número considerable de profesionales de la salud mental de Latinoamérica formuló al cuerpo de dirección de la GLADP, durante los múltiples encuentros de preparación, realizados en diversos países de la región, pero que por razones diversas, no podían ser incorporadas como anotaciones latinoamericanas. La mayoría de estas ideas implicaban modificaciones sustanciales a la arquitectura de la CIE-10, lo que rompía con el plan original de los grupos de trabajo en el sentido de que se respetaría el texto original de la CIE-10 y sólo se incorporarían al texto, en forma de anotaciones, aquellos conceptos e ideas que, mejorando la aplicación de las categorías diagnósticas a la población de pacientes latinoamericanos, no se apartaran demasiado del formato propuesto por la CIE-10.

Cada propuesta ha sido resumida, identificando adecuadamente la categoría o subcategoría de la CIE-10 a que se refiere; de esa manera, aquellos que continúen el esfuerzo de revisar el sistema diagnóstico latinoamericano y de contribuir, a través de ese esfuerzo, al perfeccionamiento del sistema internacional de diagnóstico y clasificación, puedan recoger con facilidad las inquietu-

des de los clínicos latinoamericanos y usarlas para la mayor efectividad de su labor.

#### **F0, Trastornos mentales orgánicos: Definición de Demencia**

Debe darse prioridad al registro del grado de demencia sobre el de los síntomas adicionales. En tal virtud, la división en leve, moderado y grave debe registrarse con un quinto carácter y, cuando se estime pertinente, utilizar el sexto carácter para codificar los síntomas adicionales.

#### **F00, Demencia de la Enfermedad de Alzheimer**

Dada la ausencia de criterios precisos y objetivos para diferenciar el retraso mental de una demencia en etapas tempranas de la vida, la extensión del concepto de demencia a tales edades puede acarrear una pérdida de fiabilidad diagnóstica. Por tanto sería recomendable considerar criterios de diferenciación basados en la edad (p.e., 18 años como en la CIE-9) y en la revisión cuidadosa de los criterios diagnósticos de ambas condiciones, incluyendo los sustratos neuropatológicos implicados.

### **F03, Demencia no especificada**

La codificación de la demencia no especificada en una categoría propia de 3 dígitos F03 no está en consonancia con los principios de estructura taxonómica empleados en el resto de la CIE-10, y ocupa una categoría de 3 dígitos que podría liberarse para inclusiones futuras. Por esto, se sugiere codificar la demencia no especificada, en F02.9 y dejar libre la categoría F03.

### **F06, Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física**

Se ha cometido un error importante en la arquitectura nosológica, al asignar a esta categoría el código F06. Lo correcto sería asignarle el código F08 y dejar libre la categoría F06 para futuras inclusiones.

### **F2, Esquizofrenia: Codificación y Descripción de los Modos de Evolución de la Esquizofrenia**

Se propone incluir la siguiente modificación de quinto carácter para indicar las formas de evolución de la esquizofrenia, independientemente de su tipo. Esta modificación cubre todas las formas evolutivas posibles, sin solapamiento ni ambigüedades; permite, además, incluir formas de esquizofrenia en fase prodrómica. La importancia de esto es que en ocasiones el paciente empieza a experimentar indicios de una recaída próxima, lo que permite iniciar el tratamiento, antes de que el brote psicótico definitivo se dé. Las frases calificativas de 5º carácter quedarían así:

### *Formas de evolución*

- F20.x0 continua en brote psicótico (con predominio de síntomas positivos).
- F20.x1 continua en remisión con defecto.
- F20.x2 continua en remisión sin defecto.
- F20.x3 episódica en brote psicótico.
- F20.x4 episódica en remisión con defecto.
- F20.x5 episódica en remisión sin defecto.
- F20.x7 episódica en fase prodrómica.
- F20.x8 otras formas evolutivas (incluye esquizofrenia continua o episódica, sin alusión a la presencia de defecto).
- F20.x9 forma evolutiva no especificada (se incluirán aquí aquellos pacientes con período de observación menor de 1 año).

### **F20.3 Esquizofrenia indiferenciada**

Es importante registrar la esquizofrenia crónica indiferenciada para diagnosticar aquellos casos en los que, después de una evolución prolongada de la enfermedad, persiste una mezcla de síntomas negativos y positivos en forma tal que no pueden ser catalogados dentro de ninguna otra forma de esquizofrenia. El nivel psicótico de funcionamiento de este tipo de esquizofrenia la diferencia de la esquizofrenia residual, por lo que en nuestra opinión debe asignársele un código diferente y no el F20.5 de la esquizofrenia residual, tal y como sugiere el Glosario Oficial de la OMS (Pág. 310).

Una codificación correcta sería:

F20.3 Esquizofrenia aguda indiferenciada

F20.7 Esquizofrenia crónica indiferenciada

Una segunda posibilidad sería codificar así:

F20.8 Esquizofrenia crónica indiferenciada

## **F3, Trastornos del Humor**

### **F30, Episodios maníacos**

Para la Comisión de los Trastornos del Humor de esta GLADP la inclusión de la categoría Episodio maníaco único en un Trastorno bipolar no debería existir, por definición de lo que es un Trastorno bipolar. Su inclusión es ilógica. Creemos que para mayor precisión nosológica de la categoría debería denominarse Episodio maníaco único, en caso de que estudios empíricos aconsejen la codificación de este trastorno como una condición independiente del trastorno bipolar.

#### **F30.0, Hipomanía**

La llamada hipomanía no es más que un nivel leve, que asume esa crisis, en un sujeto particular, la manía. Se puede presentar al inicio o al final de una Manía sin síntomas psicóticos, como un episodio único o en el Trastorno bipolar. El hecho de que no interfiera con la actividad social o laboral es parte de su «levedad», que está influida por la personalidad del sujeto, la actitud del medio y el tipo de trabajo. La comisión ha propuesto que se debe establecer los criterios leve, moderado y grave de la manía, al igual que existe para los Episodios depresivos.

El criterio de levedad de la manía sin síntomas psicóticos, viene dado por la ausencia de síntomas psicóticos, la disminución de la intensidad de los síntomas y la ausencia de una interferencia de las funciones laborales, independientemente de la duración.

Esta categoría diagnóstica debe usarse siempre que el paciente presente un cuadro hipomaníaco.

### **F30.1, Manía sin síntomas psicóticos**

Para algunos psiquiatras latinoamericanos resulta confusa, la división de los episodios maníacos en “psicóticos” y “no psicóticos”. La propuesta es que los episodios de exaltación afectiva que alcancen un nivel psicótico deben clasificarse como manías y aquellos que no alcancen un nivel psicótico, que no interfieran de manera significativa con el funcionamiento social, laboral o familiar del individuo, o que no requieran de hospitalización, como hipomanías.

### **F31, Trastorno afectivo bipolar**

Para los psiquiatras latinoamericanos resulta confuso excluir del trastorno afectivo bipolar, a un episodio maníaco único que forme parte de un trastorno bipolar, como lo propone el glosario oficial de la OMS (Pág. 318). Esto es conceptualmente una contradicción inaceptable. Por otro lado, a menos que exista evidencia empírica clara que contradiga el juicio dictado por la experiencia clínica, todo episodio maníaco debe clasificarse como trastorno bipolar por las implicaciones que desde el punto de vista pronóstico y terapéutico presenta este trastorno.

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

Este trastorno sólo se sostiene por la conceptualización de los autores de las pautas de investigación del término “psicótico”. Es evidente que ellos consideran psicótico *únicamente* a la presencia de ideas delirantes, alucinaciones, gran

excitación e hiperactividad, y a aislamiento social grave (no debido a depresión o ansiedad), y marcada inhibición psicomotriz y catatonía. Para la GLADP, la presencia de un diagnóstico de manía debiera implicar un cuadro psicótico y uno no psicótico debiera considerarse hipomaníaco, a menos que se decida en revisiones posteriores, eliminar el concepto de hipomanía y sustituirlo por el de manía leve.

### **F31.8 Otros trastornos afectivos bipolares**

Por las implicaciones clínicas que este concepto representa, creemos que debiera anotarse en la Guía Diagnóstica (ver Parte II) para que esto se considere como parte de la certeza diagnóstica de una manera general.

2. El trastorno bipolar II, como término de inclusión, aparece en la versión para uso clínico de la CIE-10. También el DSM-IV, en su apéndice de clasificación cruzada con la CIE-10, lo coloca en dicha categoría. No obstante, esto resulta incongruente pues dicho trastorno (bipolar II) satisface los requerimientos de subcategorías específicas de F31 (ver próximo párrafo) y no tiene por qué rubricarse como Otro Trastorno Bipolar. Por lo tanto, se recomienda que el trastorno bipolar II (DSM-IV) se clasifique dentro de los trastornos bipolares (CIE-10) en F31.0 si el episodio actual es hipomaníaco o en F31.3, F31.4 ó F31.5 (según corresponda) si es de carácter depresivo y que la subcategoría F31.8 se use para ubicar a aquellos pacientes que sólo presenten cuadros de manía y (o) hipomanía u otra variante de bipolaridad no incluíble en los acápites anteriores de F31.

### **F34.0, Ciclotimia**

Este rubro resulta ambiguo y totalmente imposible de diferenciar de los trastornos bipolares, pues es admitido el diagnóstico de un trastorno bipolar de carácter leve y los requerimientos diagnósticos son en esencia los mismos, al no existir un umbral de intensidad por debajo del cual no sean válidos los síntomas que definen el episodio depresivo.

Solo se exige que estos sean suficientemente intensos como para ser causa de importante distrés o interferir en el funcionamiento del paciente, lo cual es, lógicamente, aplicable a la ciclotimia, o no fuera un trastorno.

Iguales consideraciones caben respecto a los síntomas hipomaníacos. Debe establecerse criterios más precisos en ambas categorías.

Eje Adicional Para el Modelo de Formulación Diagnóstica Latinoamericano: Otras Características Personales y Factores Ambientales.

En los manuales de diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales, la formulación diagnóstica se basa fundamentalmente en la observación de los síntomas; se toma en cuenta, además, la presencia de estresores psicosociales, se describe el impacto de la enfermedad sobre el funcionamiento del individuo, y se añade un eje que incluye los rasgos no adaptativos de la personalidad. Eso es útil, pero no suficiente para capturar los elementos más importantes de la condición clínica del paciente, con propósitos de tratamiento, prevención y promoción de la salud. Importantes nosólogos latinoamericanos han propuesto agregar un eje que destaque ciertas manifestaciones tales como hábitos, "hobbies", aficiones y características de la personalidad que

sean compatibles con la normalidad, y también circunstancias ambientales que sin caer dentro de la categoría de estresores, son situaciones que podrían calificarse por el observador como molestias, o peculiaridades en el modo de vivir. La idea central es ampliar el contexto, incluyendo en este eje aquellos rasgos del paciente que pudieran tener significación, además de los síntomas, en el proceso de revelar la estructura psíquica personal de la que se deriva la enfermedad.

### LA PERSONALIDAD DEPRESIVA

La Comisión de Trastornos de la Personalidad propuso la incorporación, a la sección respectiva, del trastorno de la personalidad depresiva. El Comité de Dirección de la GLADP prefirió, en tanto se colecta más información empírica que permita consolidar sus criterios diagnósticos, mantener esta propuesta en esta sección. Se propone, para su estudio, esta condición diagnóstica con las siguientes descripciones:

#### **F60. 87 Trastorno de la personalidad depresiva**

Las personas que presentan este trastorno se caracterizan por alteraciones cognitivas de tipo depresivo como constelación de rasgos persistentes del modo particular de concebir y reaccionar ante la realidad y que incluyen baja autoestima, auto-desvalorización, pesimismo y sumisión, los cuales se inician en la juventud.

#### *Criterios Diagnósticos*

1. Sentimientos permanentes de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad.
2. Serios, incapaces de divertirse o relajarse y sin sentido del humor.

3. Creen que no merecen ser felices o divertirse.
4. Tienden a cavilar y preocuparse, inmersos permanentemente en su infelicidad y en sus pensamientos negativos.
5. Perciben el futuro tan negativamente como ven el propio presente, dudan que las cosas puedan mejorar algún día, anticipan lo peor, presumen de realistas.
6. Demuestran dureza al juzgarse a sí mismos y tienden a sentirse excesivamente culpables por sus defectos y sus fracasos.
7. Su autoestima es baja y se traduce especialmente en sentimientos de impotencia.

### SÍNDROME DE ANSIEDAD POR DISRUPCIÓN

Varios psiquiatras latinoamericanos han propuesto la incorporación a la nosología psiquiátrica de esta condición que parece surgir como consecuencia de la distorsión del entorno social y que conduce a disfunción y sufrimiento psíquicos que se expresan por una sintomatología definible.

La amenaza del entorno se caracteriza por ser difusa, de larga duración, dependiente de estructuras suprapersonales difícilmente objetivables (mercado, terrorismo, política, etc.). Por ende no puede ser abordada por la persona en forma individual. La amenaza es constante y sostenida en el tiempo, con episodios de acentuación periódica. No puede ser asumida como ajena o externa y pasa a ser parte integral de la cotidianidad. En esto tiene una gran influencia la globalización y los medios modernos de difusión mediática.

El cuadro clínico refleja la expresión del miedo sin que éste sea reconocido como tal, y se manifiesta mediante astenia mental y psíquica, fatigabilidad fácil, impotencia vital, inquietud e

impaciencia, abulia, falta de motivación, de capacidad para proyectarse en el futuro, sentimientos de desesperanza, disturbios en el sueño (Ej., insomnio e hipersonmia), rumiación constante con temática de incertidumbre, tendencia a sobreactuar el temor; en la incapacidad de concentración o toma de decisiones, de mantener la mente en blanco, anhedonia, tendencia a la somatización, trastornos alimentarios leves, irritabilidad, tensión muscular, y baja autoestima,

como elementos más frecuentes. También es característico de este cuadro —a diferencia de los otros trastornos de ansiedad a los cuales se los trata de disimular—, la necesidad por parte de la persona afectada de expresar sus sentimientos y temores a otros. Es decir presenta elementos clínicos específicos como así también comunes al trastorno de ansiedad generalizada, a los trastornos secundarios a eventos traumáticos, a los trastornos de adaptación y a la depresión.

## Anexo 5

### Lista de participantes

Hasta el momento, la elaboración de la GLADP ha involucrado la participación de un grupo de aproximadamente 80 psiquiatras de prácticamente todos los países de América Latina, Estados Unidos y España. Los grupos de participantes están organizados en los siguientes comités:

#### I. COMITÉ EJECUTIVO

- a. Carlos E. Berganza (Guatemala, Presidente)
- b. Juan E. Mezzich (Perú, Estados Unidos)
- c. Miguel Roberto Jorge (Brasil)
- d. Ángel Otero (Cuba)

#### II. CONSEJO DE COORDINADORES DE COMISIONES DE TRABAJO

- a. Carlos Rojas-Malpica (Venezuela): Cultura latinoamericana
- b. Renato Alarcón (Perú/USA): Psiquiatría latinoamericana
- c. Juan E. Mezzich (Perú/USA): Diagnóstico integral
- d. Miguel Roberto Jorge (Brasil): Clases mayores: Introducción
- e. Ángel Otero (Cuba): F0, Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos
- f. Sergio de Paula Ramos (Brasil): F1, Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas
- g. Ronaldo Ucha-Udabe (Argentina): F2, Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes
- h. Nelson Moreno-Ceballos (República Dominicana): F3, Trastornos del humor (afectivos)
- i. Otto Dörr-Zeguers (Chile): F4, Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
- j. Rubén Hernández-Serrano (Venezuela): F5, Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
- k. Néstor Koldobsky (Argentina): F6, Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
- l. Vivian Ravelo (Cuba): F7, Retraso mental
- m. Edgard Belfort (Venezuela): F8, Trastornos del desarrollo psicológico

- n. Enrique Macher (Perú): F9, Trastornos de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia
- o. Sergio Javier Villaseñor-Bayardo (México): Síndromes culturales
- p. Fernando Lolas (Chile/PAHO): Glosario de términos

### III. CONSEJO CONSULTIVO

- a. Carlos Acosta-Nodal (Cuba)
- b. Eduardo B. Ordaz (Cuba)
- c. Javier Mariátegui (Perú)
- d. Guillermo Vidal (Argentina)
- e. Ramón de la Fuente (México)
- f. Rodrigo Muñoz (Colombia/USA)
- g. Luiz Salvador Miranda Sá (Brasil)

### IV. COMITÉ DE ENLACE CON LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

- a. José Bertolote (Brasil)
- b. Claudio Miranda (Brasil)

---

### V. COMISIONES DE TRABAJO

#### *a) Cultura Latinoamericana*

- 1. Carlos Roja Malpica (Venezuela)
- Coordinador**
- 2. Roberto Fernández Retamar (Cuba)
- 3. Sergio Javier Villaseñor Bayardo (México)
- 4. José Manoel Bertolote (Brasil, WHO)
- 5. Carlos Acosta Rabassa (Cuba)
- 6. Javier Mariátegui (Perú)
- 7. Horacio Taborda (Colombia)
- 8. Antonio Ruiz Taviel (México)
- 9. Alejandro Moreno Olmedo (Venezuela)
- 10. Mario Gabriel Holweg (Venezuela)
- 11. Enrique Bernabé Pino (Argentina)

#### *b) Psiquiatría Latinoamericana*

- 1. Renato Alarcón (USA, Perú)
- Coordinador**
- 2. Carlos Acosta Nodal (Cuba)
- 3. Nelson Moreno (República Dominicana)
- 4. Javier Mariátegui (Perú)
- 5. Eduardo Ordaz (Cuba)

#### *c) Diagnóstico Integral*

- 1. Juan E. Mezzich (Perú/USA)
- Coordinador**
- 2. Ángel Otero (Cuba)
- 3. Ellis Busnello (Brasil)
- 4. Carlos E. Berganza (Guatemala)
- 5. Carlos Acosta Nodal (Cuba)
- 6. Miguel Roberto Jorge (Brasil)
- 7. José Manoel Bertolote (Brasil, WHO)
- 8. Luiz Salvador Miranda Sá (Brasil)
- 9. Nelson Moreno Ceballos (República Dominicana)
- 10. Carlos Rojas Malpica (Venezuela)
- 11. Jorge Manzanal Zaldívar (Cuba)
- 12. Carmen Leal (España)
- 13. María Crespo (España)

d) *Clases Mayores: Introducción*

1. Miguel Roberto Jorge (Brasil)

**Coordinador**

2. Ángel Otero (Cuba)
3. Carlos E. Berganza (Guatemala)
4. Carlos León (Colombia)

e) *F0: Trastornos Mentales Orgánicos, Incluidos los Sintomáticos*

1. Ángel Otero (Cuba)

**Coordinador**

2. Moisés Gaviria (Perú-USA)
3. Carlos Nolasco (Honduras)
4. Uberto Mejía-Peña (El Salvador)
5. Paulo Mattos (Brasil)
6. Humberto Martínez (Cuba)
7. Alicia Irazábal (Nicaragua)

f) *F1: Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Consumo de Sustancias Psicotropas*

1. Sergio de Paula Ramos (Brasil)

**Coordinador**

2. Florence Kerr Correa (Brasil)
3. Ricardo González (Cuba)
4. Ihsam Salloum (USA)
5. Pedro Ruiz (Cuba/USA)
6. Enrique Madrigal (Costa Rica/USA)
7. Kenneth Vitetoe (Honduras)
8. Enrique Olivares (USA)
9. Helio Lauar (Brasil)
10. Ronaldo Larenjeiras (Brasil)

g) *F2: Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastornos de Ideas Delirantes*

1. Ronaldo Ucha-Udabe (Argentina)

**Coordinador**

2. Luis Calzadilla Fierro (Cuba)
3. Alberto Monchablon (Argentina)
4. Ismael Salazar (Guatemala)
5. Marvin Karno (USA)
6. Carlos León (Colombia)
7. Graciela Lucatelli (Argentina)
8. Jean Garrabé (Francia)
9. Alberto Bertoldi (Argentina)
10. Carlos Acosta Nodal (Cuba)
11. Tito Antonio Rosán (Argentina)
12. Humberto L. Casarotti (Uruguay)

h) *F3: Trastornos del Humor (Afectivos)*

1. Nelson Moreno (República Dominicana)

**(Coordinador)**

2. Antonio Pacheco Hernández (Venezuela)
3. Marcelo Fleck (Brasil)
4. Alina Echazábal (Cuba)
5. Manuel Suárez Richard (México)
6. Miguel Balderrama (México)
7. Jackeline Vaca Franske (México)
8. Salvador Cervera (España)
9. Tito Antonio Rosán (Argentina)
10. Jorge Caraveo Anduaga (México)
11. Alicia Irazábal (Nicaragua)

i) *F4: Trastornos Neuróticos, Secundarios a Situaciones Estresantes y Somatomorfos*

1. Otto Dörr-Zegers (Chile)

**Coordinador**

2. Humberto Suárez Ramos (Cuba)
3. Marco Antonio Brasil (Brasil)
4. Sergio Villaseñor Bayardo (México)
5. Juan Maass Vivanco (Chile)
6. Alfredo H. Cía (Argentina)
7. Rogerio Aguiar (Brasil)
8. Guido Mazzotti (Perú)

j) *F5: Trastornos del Comportamiento Asociados a Disfunciones Fisiológicas y a Factores Somáticos*

1. Rubén Hernández (Venezuela)

**Coordinador**

2. Daniel Herrera (Honduras)
3. Rodolfo Fahrner (Argentina)
4. Salvador Mata Essayag (Venezuela)
5. José Dorazco Valdés (México)
6. Marta Borel (Argentina)
7. Taki Athanasios Cordas (Brasil)
8. Mireya Márquez (México)
9. Otto Dörr-Zegers (Chile)
10. Juan E. Mezzich (USA-Perú)
11. Carlos E. Berganza (Guatemala)
12. Rafael García-Alvarez (Rep. Dom.)
13. Yodalia Leyva-Marín (Cuba)
14. Eusebio Rubio (México)
15. Fernando Bianco (Venezuela)
16. Laura Caláis (Argentina)
17. Celestino Vasallo (Cuba)

k) *F6: Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento del Adulto*

1. Néstor Koldobsky (Argentina)

**Coordinador**

2. Mario Mendoza (Honduras)
3. Renato Alarcón (Perú/USA)
4. Hilda Morana (Brasil)
5. José Alberto del Porto (Brasil)
6. Alejandro Uribe (República Dominicana)
7. César Sánchez Bello (Venezuela)
8. Danilo Rolando (Uruguay)
9. José Riva Recaño (Cuba)
10. Adelma Pereyra (Argentina)
11. Julio Hacha (Perú)

## Anexo LISTA DE PARTICIPANTES

### *l) F7: Retraso Mental*

1. Vivian Ravelo (Cuba)

#### **Coordinadora**

2. Glorisa Canino (Puerto Rico)
3. Ian Canino (USA)
4. William Arroyo (USA)
5. Francisco Assumpcao (Brasil)
6. Luis Salvador-Carulla (España)
7. Moisés Tavera (República Dominicana)
8. Kenneth Vittetoe (Honduras)
9. Edgard Belfort (Venezuela)

### *m) F8: Trastornos del Desarrollo Psicológico*

1. Edgard Belfort (Venezuela)

#### **Coordinador**

2. Ingrid Gaitán (Guatemala)
3. Guillermo Ruano (Honduras)
4. Roberto Chaskel (Colombia)
5. Isabel Bordin (Brasil)
6. Enrique Madrigal Barrios (México)
7. Kenneth Vittetoe (Honduras)
8. Enrique Macher (Perú)
9. Vivian Ravelo (Cuba)
10. Salvador Cervera Enguix (España)
11. Edgard Castillo (Fresno, California, USA)

### *n) F9: Trastornos de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia*

1. Enrique Macher (Perú)

#### **Coordinador**

2. Vivian Ravelo (Cuba)
3. Carlos Berganza (Guatemala)
4. Edgard Belfort (Venezuela)
5. Genario Barbosa (Brasil)
6. Gerardo Nogueira Rivero (Cuba)
7. Flora de la Barra (Chile)
8. Jorge Caraveo Anduaga (México)
9. Patricia Romano Vásquez (México)

### *o) Síndromes Culturales*

1. Sergio Javier Villaseñor Bayardo (México)

#### **Coordinador**

2. Mario Gabriel Hollweg (Bolivia)
3. Peter Guarnaccia (USA)
4. Roberto Lewis-Fernández (Puerto Rico)
5. Joan Koss-Chioino (USA)
6. Juan E. Mezzich (Perú, USA)
7. Eduardo Medina Cárdenas (Chile)
8. Renato Alarcón (Perú)
9. César Mella Mejías (República Dominicana)
10. M. Patricia Aceves Pulido (México)
11. Carlos Rojas Malpica (Venezuela)
12. Alma García Alcaraz (México)
13. Noëlle Thomas (Guatemala, Davis, California, USA)

### *p) Glosario de Términos*

1. Fernando Lolas (Chile)

#### **Coordinador**

2. Renato Alarcón (Perú/USA)
3. Ángel Otero (Cuba)
4. José Bertolote (Brasil/WHO)
5. Roberto Fernández Retamar (Cuba)
6. Ernesto Martín Jacod (Chile)
7. Alina Echazábal (Cuba)
8. Othon Bastos (Brasil)
9. Carlos Arteaga Pallarés

## VI. PARTICIPANTES DE LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA DE JALISCO (APJ) EN LAS DISCUSIONES DE LA GLADP EN GUADALAJARA:

1. Dra. Olga A. Robles Hernández

2. Dr. Moisés Ortiz Madera

3. Dr. Víctor Hernández Gómez

4. Dr. Mariano de Jesús Calderón Torres

5. Dr. Eduardo Valle Ochoa

6. Dr. Vicente X. Molina Ojeda

7. Dr. Luz María Coronado

8. Dr. Celia González Ibarra

9. Dr. J. Rodolfo Sánchez Chávez

10. Lic. Gloria Alicia García

11. Dr. Fernando Arreola

12. Dra. Georgina de la Luz Ramírez C.

13. Dr. Enrique Camarena Robles

14. Dr. Miguel Álvaro Hidalgo Castillo

15. Dr. Marco A. Sánchez Rentería

16. Dr. Álvaro Romero

17. Dra. Teresita J. Villaseñor Cabrera

18. Dr. Jaime Orozco Ibarra

19. Dra. Blanca M. Ramírez López

20. Dr. José R. Reyes Rivas

21. Mtro. Martín Acosta Fernández

22. Dr. Roberto Zepeda Sánchez

23. Dr. Juan Amílcar Valdés Jiménez

24. Dra. María de Lourdes Salazar Zepeda

25. Dr. José Contreras

26. Dr. Sergio J. Villaseñor Bayardo

## VII. PARTICIPANTES CUBANOS EN LA ELABORACIÓN DE LAS PROPUESTAS CUBANAS A LA GLADP:

1. Ana María Fachado Carvajal
2. Iluminada del Rosario Cedeño Zayas
3. Lilian de la Parte Pérez
4. Miriam de la Osa O'relli
5. Marilyn Hernández Chiblé
6. Reina C. Rodríguez Mesa
7. Alberto Cutie Bressler
8. Josefina Bestard Ricoy
9. Pedro Ibrahim Gonzales Villarubia
10. Marilis López Lavigne
11. Carlos R. Ibarra Bulte
12. Jose Antonio Sánchez Rodríguez
13. Luis A. Dechard Padrón
14. Hugo R. Cervantes Tablada
15. Ibrahim González Bello
16. Lidia A Figueredo Arce
17. Tomás Rodríguez López
18. Roberto Gonzalez Pérez
19. Alberto Sánchez Pérez
20. Daysi M. Bory Savigne
21. Juan Emilio Sandoval Ferrer
22. Juan Tomiste Miliam
23. Juan Bordato Montalvo
24. Miguel Angel Valdes Mier
25. Sara Gilda Argudín Depestre
26. Ernesto Rebozo Piñó
27. Eloina Castillo Meléndez
28. Irene Moracen Disotuar
29. Aime Sanabria Perdomé
30. Ana Sarracent Sarracent
31. Senén Rufino Peña Pérez
32. María Elena Domínguez Borrego
33. Grisél Arrargos González
34. Ariel Faure Vidal
35. Idilio González Martínez
36. Gervasio Sánchez Moise
37. Emilio A. Lastra Arrieta
38. Juana Leonor Ayala
39. Flora Ma. Vaseconcelos Hernández
40. Vivían Ravelo Pérez
41. Arsenio Rosales Morales
42. Ismael Santos Cabrera
43. Patricia Piñeda Tapia
44. Ricardo Gonzalez Menéndez
45. Silvia Ma. Gricalla Maiza
46. Antonio Caballero Moreno
47. Rodolfo Pedro Crespo Hernández
48. Irene Cabrera Alfonso
49. Sergio Pérez Borrero
50. María Victoria Fernández Nin
51. Carmen Guadalupe Fernández Rivero
52. Guillermo Barreto Ramir
53. Octavio Garciga Ortega
54. Isidoro Balí Maya
55. Claudio A. Palacio Mesa
56. Barbara Quintero Pérez
57. Gilberto Tostel Rodríguez
58. Luis Calzadilla Fierro
59. Joye Buitrago Pérez
60. Ivon Ernano Thaves
61. Carlos Alfonso Bequier
62. María Rosa Hernández Pattersson
63. Pilar Ballester Oliviera
64. Carmen G. Duper Morando
65. Maria Esther Castro Macias
66. Isabel Cuadrillo Ores
67. Maritza Mesa Benitez
68. Leticia Figueredo Sosa
69. María Eugenia Lavigne
70. Teresita Delgado Exposito
71. Gilda Sánchez Gonzalez
72. Georgina Sánchez Villa

## OTROS PARTICIPANTES EN ACTIVIDADES DE APOYO

1. Lorena Presa Batlle, Guatemala
2. Claudia Gándara, Guatemala
3. Lourdes Corado de Herrera, Guatemala
4. Cristina Chávez Alvarado, Guatemala
5. Jorge Luis Chávez, Guatemala



## Bibliografía

- Acosta Nodal, C. (Ed.) (1975). *Glosario Cubano de la clasificación internacional de enfermedades psiquiátricas*, 1ª ed. La Habana Cuba: Hospital Psiquiátrico de la Habana.
- Acosta Nodal, C., y Cols., (1986). *Glosario Cubano de la clasificación internacional de enfermedades psiquiátricas* (GC-2) 2ª ed. Editorial Científico Técnica. La Habana.
- Adams R. N. Rubel A. J. (1967). *Sickness and Social Relations*. En: Wauchope and Nash (Eds.), *Handbook of Middle American Indians*, Vol. VI, Austin, Texas, University of Texas Press, pp. 333-356.
- Aguiló F. (1985). *Enfermedad y salud según la concepción aymaro-quechua*. Sucre, Talleres Gráficos "Qori Llama".
- Aguirre Beltrán, G. (1952). *Problemas de la Población Indígena de la Cuenca del Tepalcatepec*. Tomo I México, D. F.: Instituto Nacional Indigenista, Memorias del INI, Vol. III.
- Alarcón, R. D. (2001, Noviembre). *Identidad de la Psiquiatría Latinoamericana: Una revisión crítica*. Conferencia en el XVIII Congreso Mexicano de Psiquiatría. Cancún, México.
- Alarcón, R. D. (1990). *Identidad de la Psiquiatría Latinoamericana. Voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria*. México D.F.: Siglo XXI Editores.
- Alonso-Fernández, F. (1989). *Psicología Médica y Social*. Barcelona: Salvat Editores.
- Alonso-Fernández, F. (2000). *Comunicación personal*.
- Álvarez Heydenreich, L. (1976). Breve estudio de la plantas medicinales en Hueyapan, Morelos. En: Biseca (Ed.), *Estudios sobre Etnobotánica y Antología Médica*. Vol. I, México, D. F.: Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, pp. 85-111.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 2a ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3a Ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Anzures, M del C. (1995). Los shamanes, conductores de las almas. En: *Chamanismo en Latinoamérica*. Lagarriga, I, Galinier J, Perrín M (Coordinadores). México: Plaza y Valdés Editores. Pág. 45-64.

- Arguedas JM. (1987). *Indios, Mestizos y Señores*. Lima: Editorial Horizonte.
- Arvelo, C. (1839). *Curso de Patología Interna*. Caracas: Imprenta de George Corser.
- Balam Pereira, G. (1987). *La medicina maya actual*. Mérida, Yuc., Centro de Investigación y Estudios Avanzados/Instituto Nacional Indigenista.
- Bastide, R. (1965). *Sociologie des maladies mentales*. Paris: Flammarion.
- Baytelman, B. (1986) *De enfermedades y curanderos: medicina tradicional en Morelos*. México, D. F.: Instituto Nacional de Antropología e Historia / Secretaría de educación Pública. Colección Divulgación, Serie Testimonios.
- Baytelman, B. ( s/f). *Etnobotánica en el Estado de Morelos: Metodología e introducción al estudio de 50 plantas del estado de Morelos*. México, D. F.: Centro Regional Morelos-Guerrero, Instituto Nacional de Antropología e Historia/Secretaría de Educación pública.
- Bermann, G. (1960). *Nuestra Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Bhatia, M., Malik, S. (1991). Dhat syndrome: A useful diagnostic entity in Indian culture. *British Journal of Psychiatry*, 159: 691-695.
- Billikiewicz, T. (1995). Proba układu nozograficznego etioepigenetycznego w psychiatrii. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 1, 68-78.
- Bishop, C. (1975). Northern Algonkian cannibalism and windigo psychosis. En: T. Williams (Ed.) *Psychological Anthropology*, 237-248.
- Cardeña, E., Lewis-Fernández, R., Bear, D., et al (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. (Pags., 973-1005). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Carpio, R. (1995). El Continente Americano. En: *Geografía de América Latina*. Barcelona: Editorial Teide. Pág. 3-51.
- Chaumeil, JV. (1995). Del proyectil al virus. En: *Chamanismo en Latinoamérica*. Lagarriga I, Galinier J, Perrín M (Coordinadores). México: Plaza y Valdés Editores. Pág. 21-43.
- Chinese Medical Association (1995). *Chinese Classification of Mental Disorders*, 2<sup>nd</sup> Ed., Revised (CCMD-2-R). Nanjin: Nanjin Medical University Press.
- Cifuentes E. y Mondragón M. (1988). La dieta y la salud en comunidades étnicas de la sierra de Puebla. En: *Memorias del Segundo Coloquio de Medicina Tradicional. Un saber en Recuperación*. México, D. F., ENEP-Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 81-85.
- Clarac De Briceño, J. (1981). *Dioses en el exilio*. Caracas: Fundarte. Colección Rescate N° 2.
- 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. y Cols. (1972). *Psychiatric diagnosis in New York and London: A comparative study of mental hospital admissions*. Londres: Oxford University Press.
- Davis, D. L. (1988). (Ed.). Historical and Cross-Cultural Perspectives on Nerves. *Social Science & Medicine* special issue 26 (12).

- Davis, D. L., S. M. (1989). (Eds.). *Gender, Health and Illness: The Case of Nerves*. New York: Hemisphere Publishing.
- Delgado, H. (1958). El problema de la delusión esquizofrénica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, Tomo XXI, Número 1. Págs. 1-11.
- Delgado, H. (1969). *Curso de Psiquiatría* (6ª ed.) Barcelona: Editorial Científico Médico.
- Delgado Lara, A. G. (1984). *Medicina tradicional: Prácticas médicas de los chontales de Tabasco*. Nacajuca, Tab., Centro Coordinador Indigenista- Región Chontal, Instituto Nacional Indigenista, Mecanoescrito.
- De Sousa Minayo, MC. (1991). Violencia Social e Saude. (Uma discussao interdisciplinar). En: *II Taller Latinoamericano de Medicina Social*. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Pág. 147 – 168.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A (1995). *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Esquivel Romero A. E. (1989). Contribución al conocimiento de la flora medicinal del poblado de Santa Catarina del Monte, Municipio de Texcoco, Estado de México. México, D. F. tesis de licenciatura en biología, ENEP-Itazcala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Essen-Möller, E., Wohlfahrt, S. (1947). Suggestions for the amendment of the official Swedish classification of mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 47, 551.
- Favazza, A, Oman, N. (1980). Anthropology and Psychiatry. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Vol III. Kaplan, Freedman, Sadock (Eds.). Williams and Wilkins. Baltimore. Pág. 485-504.
- Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA Jr, Winokur G, Munoz R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Foster, M., Anderson, B. G. (1978). *Medical Anthropology*. New York: John Wiley.
- Fuentes, C. (1969). *La Nueva Novela Hispanoamericana*. México: Joaquin Mortiz.
- Galli, V. (1985). *Psiquiatría Actual: Entrecruzamiento de Paradigmas*. Jornadas Científicas del Hospital Nacional Braulio A. Moyano. Buenos Aires.
- García, A. M. (1982). *Medicina Tradicional*. Acayucan, Ver., Dirección General de Culturas Populares/Secretaría de Educación Pública, mecanoescrito.
- García Jiménez, S. (1984). *Acerca de la medicina Tradicional mexicana. (Una experiencia en Atoyac de Álvarez, Gro., México)*. Chilpancingo, Gro., Dirección Publicaciones, Universidad Autónoma de Guerrero.
- García, 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: *La Misoginia. El odio al origen*. Sergio J. Villaseñor Bayardo (Compilador). Universidad de Guadalajara. México. Pág. 20-39.
- Gómez López J. M. (1990). *Medicina indígena en el Estado de México*. (Informe de acciones del trienio 1987-1989)”. Toluca, Edomex, mecanoescrito.

- Good, B., DelVecchio Good, M. J. (1982). Toward a meaning-centered analysis of popular illness categories: Fright illness and heart distress in Iran. En: Marsella A., White, G. (Ed.), *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*, pp. 150-158. Dordrecht : D. Reidel Publishing Company.
- Good, S., Good, M. J. D., Moradi, R. (1985). The interpretation of Iranian depressive illness and dysphoric affect. En: Kleinman. A., Good, B. (Eds.). *Culture and Depression*, pp. 369-428. Berkeley: University of California Press.
- Guarnaccia P. J., Canino G., Rubio-Stipec M. & Bravo M. (1993). The prevalence of Ataque de nervios in the Puerto Rico disaster study. *J Nerv Ment Dis*, 181:157-165.
- Guiteras Holmes, C. (1952). *Sayula*, México D. F., Sociedad de Geografía y Estadística.
- Guiteras Holmes C. (1965). *Los peligros del alma: visión del mundo de un tzotzil*. México, D. F. Fondo de Cultura Económica.
- Hales, R. (1998). DSM-IV Psychiatric system interface disorders (PSID) Work Group: Final Report. En T. A. Widiger, A.J. Frances, H. A. Pincus, R. Ross, M. B. First, W. Davis, M. Kline (Eds.) DSM-IV Sourcebook. Volume 4. (Pags. 1077-1086). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hansen A. et al. (1984). *Mérida: su transformación de colonial a naciente metrópoli en 1935*. México D. F., Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Hay, T. (1971). The windigo psychosis. *American Anthropologist*, 73: 1-19,.
- Hermitte, M. E. (1970). *Poder sobrenatural y control social en un pueblo maya contemporáneo*. México, D. F. Instituto Indigenista Interamericano, Ediciones especiales Num. 57.
- Herrero Ricaño R. Rodríguez I., Durand J. A., Aguirre E. & Lozoya X. (1989) *La medicina tradicional en México y supervivencia*. México D.F; ENEP. Zaragoza, Universidad nacional Autónoma de México..
- Holland, W. (1978). *Medicina maya en los Altos de Chiapas: un estudio de cambio sociocultural*. México D. F., Secretaría de Educación Pública/Instituto Nacional Indigenista, Serie Antropología Social, num. 2.
- Hollweg MG. (1985, Mayo) La “locura” en los indígenas y mestizos bolivianos. En: *Rev. de Humanidades, Cienc. Soc.y Rel. Intern.* Vol. I, , Santa Cruz, Editorial Universitaria, pp 19-27.
- Hollweg MG. (1994) Principales Síndromes Psiquiátricos Culturales en Bolivia (Culture Bound Syndromes). En: *Rev. Cient. Salud Mental*, Vol.IV,: pp. 5-11.
- Horwitz, A. (1963). Propósito y Proyecciones del Seminario Latinoamericano de Salud Mental. En: *Primer Seminario Latinoamericano de Salud Mental*. Publicación Científica N° 81. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. Pág. 8 – 11.
- Horwitz J., Marconi J. (1966). El problema de las definiciones en el campo de la salud mental: Definiciones aplicables en estudios epidemiológicos. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 60, 300-309.
- Houghton, A., Boersma, F. (1988). The loss-grief connection in susto. *Ethnology*, 27:145-154,.

- Hufford, D. (1982). *The Terror that Comes in the Night*. Philadelphia :University of Pennsylvania.
- Hurtado, JJ (1973). *Algunas ideas para un modelo estructural de las creencias en relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala*. En: Guatemala Indígena. Vol. III. No. 1. Guatemala: Instituto Indigenista Nacional.
- Ichon A. (1973). *La religión de los totonacas de la sierra*. México. D. F. secretaría de Educación Pública/Instituto Nacional Indigenista, Serie antropología Social, num. 16.
- Jaspers, K. (1959, 1997). *General psychopathology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Jung-Kwang W. Ching-Lun, W. (1981). Shen-k'uei syndrome: a culture-specific neurosis in Taiwan. En: Kleinman A. y Tsung-Yi Lin, (Eds.) *Normal and Abnormal Behavior in Chinese Cultures*, pp. 357-369.. D. Reidel Publishing Co., Dordrecht,
- Kelly, I. (1965). *Folk Practices In North México: Birth Customs, Folk Medicine and spiritualism in the Laguna Zone*, Austin Texas, Institute of Latin American studies, University of Texas press, Latin-American monographs, Num. 2.
- Kelly I., García Manzanero H. y Garate de García C. (1984). Santiago Tuxtla, Veracruz, cultura y salud En: López Austin (Ed.), *Textos de medicina Náhuatl*, México, D. F.
- 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. (1972). *Transcultural Psychiatry*. Free Press, New York.
- Kiev, A. (1972). *Curanderismo*. En J. Mortiz (Ed.) *Psiquiatría folklórica Mexicano-Norteamericana México*.
- Kleinman A., Lin, T. (Eds) (1981). *Cultura, iones and healing*. Dordrecht, Netherland: D. Reidel Publishing Company.
- Lain Entralgo, P. (1982). *El Diagnóstico Médico*. Barcelona: Salvat.
- Lebra, W. (Ed.) (1976). *Culture-Bound Syndromes, Ethnopsychiatry and Alternative, Therapies*. Universidad de Hawai, Honolulu.
- Lecomte, M., Damey, A., Delage, E., et al: Essai d'une statistique synoptique de médecine psychiatrique. *Techniques Hospitalieres*, 18, 5-8.
- Leiter Ferrari, W. (1982). *La atención tradicional del parto en México y su subsistencia en un pueblo suburbano de origen nahua*. México, D. F., tesis profesional, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Leme Lopes, J. (1954). *As dimensões do diagnóstico psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Agir.
- León, CA. (1972). Psychiatry in Latin America. *British Journal of Psychiatry*. 121, 121-136.
- León, CA. (1986). Cuadros Psiquiátricos de la Región. En: *Psiquiatría*. Vidal G, Alarcón R (Eds.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. Pág. 630-635.
- Lewis, O. (1968). *Tepeztlán: un pueblo de México*. México, D. F., Joaquín Mortiz.

- Lewis-Fernández, R, Núñez, M (1997) Hacia una interpretación psicoantropológica del espiritismo puertorriqueño. En: *Chamanismo. El arte natural de curar*. José Ma. Poveda (Editor). Ediciones Temas de Hoy SA. Madrid. Pág. 336-356.
- Lin Keh-Ming, Kleinman A., Tsung-yi Lin. (1981). Overview of mental disorders in Chinese cultures. En: A. Kleinman, Tsung-yi, Lin (Eds.) *Normal and Abnormal Behavior in Chinese culture*, Pág. 237-272.
- Lipp, F. (1989). The study of disease in relation to culture- the susto complex among the Mixe of Oaxaca. *Dialectical Anthropology*, 12: 435-443.
- 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*. 2 vol. Universidad Nacional Autónoma de México. México, Vol. 1 pp. 409. Vol. 2 pp. 334.
- Low, S. (1985). Culturally interpreted symptoms or culture-bound syndromes: a cross-cultural review of nerves. *Social Science & Medicine*, 21 (2): 187-196.
- Lucena, J. C. (1963). Contribuição à classificação brasileira de doenças mentais. *Neurobiologia*, 26, 10-22.
- Madsen, C. (1965). *A study of change in Mexican folk Medicine*. New Orleans Louisiana, Middle American Research Institute.
- Malhotra, M., Wig, N. (1975). Dhat syndrome: a culture-bound sex neurosis of the Orient. *Archives of Sexual Behavior*, 4: 519-528.
- Mariátegui, J. (1972). Ruta Social de la Psiquiatría Peruana. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 18, 94-101.
- Marion, MO. (1995). La voz de lo infinito. En: *Chamanismo en Latinoamérica*. Lagarriga I, Galinier J, Perrin M (Coordinadores). México: Plaza y Valdés Editores. Pág. 65-84.
- Medina Cárdenas, E. (1997). La psiquiatría transcultural en Chile. *Revista de Psiquiatría*, XIV / I / 3-18. Chile.
- Menéndez, E. L. (1981). *Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México. D. F., Ediciones de la Casa Chata, Centro de investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/Secretaría de Educación Pública, Cuadernos de la Casa Chata, num. 13.
- Mezzich, J. E. (1979). Patterns and issues in multiaxial psychiatric diagnosis. *Psychological Medicine*, 9, 125-137.
- Mezzich, J. E. y Jorge, M. R. (1993). Psychiatric nosology: Achievements and challenges. En: J. A. Costa e Silva y C. C. Nadelson (Eds.). *International review of psychiatry*, Vol. 1. Pag. 5-11. Washington: American Psychiatric Press.
- Mezzich, J.E. (1995). International perspectives on psychiatric diagnosis. En H. I. Kaplan y B. J. Sadock (Eds.) *Comprehensive textbook of psychiatry*, 6a. Ed. Pag. 692-701. Baltimore: Williams and Wilkins.

- Mezzich, J. E. y Raab, E. S. (1980). Depressive symptomatology across the Americas. *Archives of General Psychiatry*, 37, 818-823.
- 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, Suppl.* 45.
- Mezzich, J. E., Cohen, N. L., Ruipérez, M. A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J., Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the Quality of Life Index: Presentation and Validation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 138, 301-305.
- Mezzich, J.E., Good, B. J. (1997). On culturally enhancing the DSM-IV multiaxial formulation. In: Widiger T, Frances A *et al.* (eds.): *DSM-IV Source Book*, Volume 3. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Mezzich, J.E., Kleinman, A., Fabrega, H., Parron, D. L. (1996). *Culture and Psychiatric Diagnosis: A DSM-IV Perspective*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Mezzich, J. E.; Keh-Ming L. & Campbell Hughes C. (2000). *Acute and transient psychotic disorders and culture bound syndromes*. En: Sadock B. & Sadock V. A. (Eds.), Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. Págs. 1264-1275. 7<sup>th</sup> Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Ministerio de Salud Pública: Hospital Psiquiátrico de la Habana (2001). *Tercer glosario cubano de psiquiatría*. La Habana, Cuba.
- Miranda Sá, L.S. (1984). *Psicopatología e Propedêutica*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.
- Módena, M. E. (1987). *Diferencia Cultural e identidad ideológica: Salud, enfermedad y hegemonía en el sur de Veracruz*. México, D. F. tesis de maestría en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Montenegro, R. (1998). Nuevas Estrategias para las Nuevas Demandas en Psiquiatría y Salud Mental. En: *Salud Mental y Psiquiatría en el umbral del nuevo milenio*. Asociación Psiquiátrica Peruana y Asociación Psiquiátrica de América Latina. Lima. Pág. 83 – 91.
- Moreno Armendáriz, L. (1983). *Estudio etnobotánico de las plantas usadas como medicina*. México, D. F., informe de biología de campo, Facultad de Ciencias, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Moreno Olmedo, A. (1993). *El Aro y la Trama: Episteme, Modernidad y Pueblo*. Centro de Investigaciones Populares. Caracas. Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela.
- Morin, E. (1974). *El Hombre ante la Muerte*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Nutini, H. (1988). *Todos Santos in Rural Tlaxcala: A Syncretic Expressive and Symbolic Analysis of the Cult of the Dead*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Ochoa Robles, H. A. (1967). *Estudio de sociología médica aplicada a la salud del pueblo yaqui*. México, D. F. tesis profesional en medicina, Facultad de Medicina Universidad Nacional autónoma de México.

- Olivarrieta Marenco, M. (1977). *Magia en los Tuxtlas*. México, D. F., Secretaría de Educación Pública/Instituto Nacional Indigenista, Serie Antropología Social, num. 54.
- Oliveros, A. (1996). Nueva Metafísica, nuevos temas para la literatura del milenio. *Zona Tórrida*. Revista de Cultura de la Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela. No. 27. Pág. 83-104.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992). *Capítulo de Trastornos Mentales de la CIE-10*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Orley, J., Kuyken, W. (1994). *The WHO Quality of Life Instrument*. Ginebra: World Health Organization.
- Otero Ojeda, A. A. (Ed.) (2000). *Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría*. La Habana: Hospital Psiquiátrico de La Habana,.
- Pachter, L. M. (1993). Latino folk illnesses: methodological considerations. *Medical Anthropology*, vol. 15 N°2 pp. 103-108.
- Palacios de Westendarp, P. (1986). *Conocimientos y prácticas médicas en una comunidad campesina*. Querétaro, Qro. Centro de Estudios Antropológicos, Universidad Autónoma de Querétaro, Temas de Investigación.
- Parker, S. (1960). The wiitiko psychosis in the context of Ojibwa personality and culture. *American Anthropologist*, 62: 603-623.
- Parker, S. "Eskimo psychopathology in the context of Eskimo personality and culture". *American Anthropologist* 64: 76-96, 1962.
- Paz, O. (1986). *El laberinto de la soledad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Paz, O (1981). ¿Es Moderna Nuestra Literatura?. En: *In/Mediaciones*. Barcelona: Seix Barral. Pág. 39-50.
- Peña Ruiz P. (1991). *Notas de campo*. Estado de México.
- Pérez Salvador, A. (1987). *Medicina Tradicional en la comunidad de Tamulté de las Sabanas del municipio del Centro de Tabasco*. Tlaxcala, Tlaxcala, Tesis profesional en Etnolingüística, Instituto Nacional Indigenista/Centro de Investigaciones y Estudios superiores en Antropología Social/Secretaría de Educación Pública.
- Pérez R, M., Loaiza L. & Argueta A. (1983). *Herbolaria medicinal Purhepecha*. Uruapan Michoacán. Dirección general de culturas populares/SEP. mecanoscrito.
- Prince, R., Techeng-Laroche, F. (1987). Culture bound syndromes and international classification of disease. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11: 3-20.
- Ramírez Castañeda, E. (1987). *El fin de los montiocs: Tradición oral de los huaves de San Mateo del Mar, Oaxaca*. México, D. F. Instituto Nacional de Antropología e Historia/Secretaría de Educación Pública.
- Ramírez, E. (1989). *Sistema Octogonal de Evaluación Psiquiátrica Technical Report*. San Juan, Puerto Rico: Secretaría de Salud Mental.
- Ravicz, R. (1969). The Amuzgo en: Wauchope and Vogt (Eds.), *Handbook of Middle American Indians, Ethnology Part I*, Vol. VII, Austin, Texas, University of Texas Press, pp. 417-433.

- Rechtman, R., Raveau, F. (1993). *Fondements anthropologiques de l'ethnopsychiatrie*. Paris: E.M.C. Psychiatrie.
- Redfield, R. & Redfield, M. (1940). Disease and its Treatments in Dzitas, Yucatán. En: *Contributions to American Anthropology and History*. Vol. VI, num. 32. Washington, D.C.: Carnegie Institute of Washington, pp. 51-81.
- Reynolds, D. (1976). *Morita Therapy*. Univ. de Calif., Berkeley.
- Rin, H. (1968). Two forms of vital deficiency syndromes among Chinese male mental patients. *Transcultural Psychiatric Research*, 3, 19-21.
- Rivera, M. O. (1976). *Una comunidad maya en Yucatán*. México, D. F.: Secretaría de Educación Pública, SEP Setentas, num. 261.
- Rojas, C, Esser, J. (1999, Jul-Dic). Trabajo Precario y Salud Mental. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*. Vol. 45 No. 93 Pág. 44-47.
- Rubel, A. J. (1964). The study of latino folk illnesses. *Medical Anthropology*, v 15 N°2 pp. 209-213.
- Rubel, A., O'Neill C., Collado-Ardon, R. (1984). *Susto*. Los Angeles: University of California Press.
- Ruiz Salazar, C. L. (1989). *Contribución al estudio de las plantas medicinales de la delegación Xochimilco, Distrito Federal*. México. D. F., tesis profesional en Biología, ENEP- Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ryesky, D. (1976). *Conceptos tradicionales de la medicina en un pueblo mexicano: un análisis antropológico*. México, D. F., secretaria de Educación Pública, SEP Setentas, No. 309.
- Salazar JM. (1987). El latinoamericano como idea política. En: *Psicología política latinoamericana*. Maritza Montero (Directora). Caracas: Editorial Panapo. Pág. 203-227.
- 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.
- Sazón Lombardo, Y. (1982). *La trayectoria del enfermo en Capácuaro y San Lorenzo*. Patzcuaro Michoacán; Dirección general de culturas populares/Secretaría de Educación Pública, mecanoescrito.
- Scheffler, L. (1988). *Magia y brujería en México*. México, D. F., Panorama.
- Seguín, CA. (1986). Psiquiatría Tradicional y Psiquiatría Folklórica. En: *Psiquiatría*. Vidal G, Alarcón R (Eds.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.. Pág. 630-635.
- Signorini, I., Tranfo, L. (1979). Las enfermedades. Clasificación y terapia. En Signorini (comp.) *Los Huaves de San Mateo del Mar*. México, D. F., Secretaría de Educación Pública/Instituto Nacional Indigenista, Serie Antropología Social, num. 59, pp. 215-262.
- Simons, R. C. Y., Hughes, C. C. (Eds.) (1985). *The Culture-Bound Syndromes*. D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, 1985.
- Singer, K. (1984). Depressive disorders from a transcultural perspective. En: J. E. Mezzich y C. E. Berganza (Eds.). *Culture and psychopathology*. Pag. 360-384. New York: Columbia University Press.
- Singh, S. (1992). Is Dhat culture bound? *British Journal of Psychiatry*, 160: 280-281.

- Tanaka-Matsumi, J. (1979). Taijin kyofusho. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 3: 231-245.
- Thoret Y. (2000). Comunicación personal.
- Tomasini, A. (1995). El cantor de la cultura Nivaklé. En: *Chamanismo en Latinoamérica*. Lagarriga I, Galinier J, Perrin M (Coordinadores). Plaza y Valdés Editores. México. Pág. 143-166.
- Vargas Llosa, M. (1995). *Lituma en los Andes*. Bogotá: Planeta Colombiana Editorial.
- Vega Franco, L. (1979). Las enfermedades de los niños en la medicina tradicional. En: *Boletín Médico*, vol. XXXVI, num. 2, MÉXICO, pp. 69-87.
- Velásquez Gallardo, P. (1949). *La hechicería en Carapan, Michoacán*. México, D. F. tesis de la maestría en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Villalobos Contreras, G. (1989). Plantas medicinales usadas por los nahuas y totonacas de Xochitlán y Zapotitlán en la Sierra Norte de Puebla. En: *Memorias del Tercer Coloquio de la medicina Tradicional Mexicana "Un saber en discusión"*, México, D. F., ENEP- Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 139-146.
- Villa Rojas, A. (1978). *Los mayas de las tierras bajas*. México, D. F., Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Villaseñor-Bayardo, S. J. (1993). "Bouffée délirante" Revisión histórica de un concepto. *Salud Mental*. Año 16. Vol. XVI. N°1. pp. 10-18.
- Villaseñor-Bayardo, S. J. (1994, junio). La Etnopsiquiatría. Nociones generales sobre su origen y desarrollo. *Salud Mental*. pp. 16-20.
- Villaseñor-Bayardo, S. J. (2000, Junio). *Vers une ethnopsychiatrie mexicaine: la médecine traditionnelle dans une communauté nahua du Guerrero*. 2 vols. Presse Universitaire du Septentrion. France.
- Wallace, A. (1972). Mental illness, biology, and culture. En F. L. K. Hsu (Ed.), *Psychological Anthropology*, pp. 363-402. Cambridge, Mass: Schenkman Publishing Company.
- Whitecotton, J. W. (1985). *Los zapotecos, príncipes, sacerdotes y campesinos*. México, D. F. Fondo de Cultura Económica, Sección Obras de Antropología, num. 103.
- World Health Organization (1992a). *International statistical classification of diseases and related health problems*, 10<sup>th</sup> revision. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1992b). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1997). *Multi-axial Presentation of ICD-10 for Adults*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- Yap Pow Meng (1951). Mental diseases peculiar to certain cultures: a survey of comparative psychiatry. *Journal of Mental Science*, 97: 313-327.
- Young James, C. (1981). *Medical choice in a Mexican Village*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.

- Zolla C. (Director) (1994). *La medicina tradicional de los pueblos indígenas de México*. II. Coordinación: Mellado Campos V. I.N.I. México. pp. 623.
- Zolla, C., del Bosque, S., Tascón, A., Mellado, V. (1988). *Medicina tradicional y enfermedad*. México, D. F., Centro Interamericano de estudios de seguridad Social/Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Zurroza Ceballos, O. (1985). *Salud y enfermedad en el grupo étnico yaqui de Sonora*. México, D. F., Tesis profesional en Antropología Social, Escuela nacional de Antropología e Historia.

## Índice alfabético de materias

### **Abuso (de)** (ver también uso perjudicial)

- analgésicos, F55.2
- antiácidos, F55.3
- antidepresivos, F55.0
- - tetracíclicos, F55.0
- - tricíclicos, F55.0
- aspirina, F55.2
- diuréticos, F55.8
- esteroides, F55.5
- fenacetina, F55.2
- hormonas, F55.5
- inhibidores de la monoamino oxidasa, F55.0
- laxantes, F55.1
- paracetamol, F55.2
- remedios o hierbas, específicos, F55.6
- remedios populares específicos, F55.6
- sustancias que no producen dependencia, F55.8
- - no especificadas, \* F55.9
- vitaminas, F55.4
- Acalulia, del desarrollo, F81.2
- Acrofobia, F40.2

### **Adaptación, trastorno de**

- con otros síntomas específicos predominantes, F43.28

- con predominio de los trastornos de las emociones, F43.23
- con predominio de los trastornos del comportamiento, F43.24
- con trastornos mixtos de las emociones y de la conducta, F43.25
- reacción ansiosa y depresiva (mixta), F43.22
- reacción depresiva breve, F43.20
- reacción depresiva prolongada, F43.21

### **Adicción** (ver síndrome, dependencia)

- Aerofagia, psicógena, F45.31
- Afectivo, trastorno
- Afectivo estacional, trastorno, F33

### **Afasia**

- adquirida, con epilepsia, F80.3
- del desarrollo
- - de Wernicke, F80.2
- - tipo receptivo, F80.2
- - tipo expresivo, F80.1
- Afonía, psicógena, F44.4
- Agnosia auditiva, F80.2

### **Agorafobia,**

- con trastorno de pánico, F40.01
- sin trastorno de pánico, F40.00

### **Alcohol,**

- abstinencia, F10.3<sup>#</sup>
- - con delirium, F10.4<sup>#</sup>

- dependencia, F10.2<sup>#</sup>
- embriaguez, aguda, F10.0<sup>#</sup>
- síndrome amnésico, F10.6

### **Alcohólico (a) (s)**

- alucinosis (aguda), F10.5<sup>#</sup>
- celos, F10.5<sup>#</sup>
- paranoia, F10.5
- psicosis, F10.5

### **Alcoholismo**

- crónico, F10.2
- síndrome de Korsakov, F10.6
- Alimentación de la infancia, trastorno de

### **Alucinatorio**

- estado, orgánico, F06.0
- psicosis crónica, F28

### **Alucinosis**

- alcohólica, F10.5
- orgánica, F06.0

### **Alzheimer, enfermedad de**

- demencia en, F00.9<sup>#</sup>
- - de comienzo precoz, F00.0<sup>#</sup>
- - de comienzo tardío, F00.1<sup>#</sup>
- - presenil, F00.0
- - senil, F00.1
- - tipo atípico, F00.2<sup>#</sup>
- - tipo mixto, F00.2
- tipo 1, F00.1
- tipo 2, F00.0<sup>#</sup>

\*Categoría residual para los estados no clasificados en otro lugar. (Advertencia: los estados específicos tienen una clasificación concreta.)

<sup>#</sup>Ver la lista de categorías de cuatro caracteres.

Amnesia disociativa, F44.0  
 Amnésico, síndrome (ver síndrome amnésico)  
 Anestesia y pérdida sensorial, disociativa, F44.6  
 Anhedonia (sexual), F52.11  
 Anorexia nerviosa, F50.0  
 - atípica, F50.1  
 Anorgasmia, psicógena, F52.3  
**Ansiedad**  
 - depresión, F41.2  
 - episódica paroxística, F41.0  
 - estado, F41.1  
 - fóbica, de la infancia, F93.1  
 - histeria, F41.8  
 - neurosis, F41.1  
 - reacción, F41.1  
 - separación, de la infancia, F93.0  
 - social, de la infancia, F93.2  
 - sueño, F51.1  
**Ansiedad, trastorno de**  
 - - fóbica, F40.9  
 - - de la infancia, F93.1  
 - - especificada, \*F40.8  
 - - generalizada, F41.2  
 - - mixta, F41.3  
 - - separación de la infancia, F93.0  
 - - social, de la infancia, F93.2  
 - - depresión mixta, F41.2  
 Antropofobia, F40.1  
 Aprendizaje, desarrollo del, trastorno de, F81.9  
 Arrancarse el pelo, F98.4  
 Articulación, funcional, trastorno de, F80.0  
 Asperger, síndrome de, F84.5  
 Astenia, neurocircularia, F45.30  
 Ataque de pánico, F41.0  
 Atención, déficit de  
 - sin hiperactividad, F98.8  
 - síndrome con hiperactividad, F90.0  
 - trastorno de hiperactividad, F90.0

Ausencia del colegio, F91.2  
**Autismo**  
 - atípico, F84.1  
 - de la infancia, F84.0  
 - infantil, F84.0  
**Autístico (a)**  
 - psicopatía, F84.5  
 - trastorno, F84.0  
 Aversión, sexual, F52.10  
  
 Balanceo de la cabeza (repetitivo), F98.4  
 Beziehungswahn, sensitiver, F22.0  
 Bipolar, trastorno, F31.8\*  
**Bipolar afectivo, trastorno**, F31.9  
 - en remisión (actualmente), F31.7  
 - episodio actual  
 - - depresión leve o moderada  
 - - con síntomas somáticos, F31.31  
 - - - sin síntomas somáticos, F31.30  
 - - depresión grave  
 - - - con síntomas psicóticos, F31.4  
 - - hipomaniaco, F31.0  
 - - maniaco  
 - - - con síntomas psicóticos, F31.2  
 - - - sin síntomas psicóticos, F31.1  
 - - mixta, F31.6  
 - específica, F31.8  
 - orgánica, F06.31  
 Bofetadas, estereotipadas, autoinflingidas, F98.4  
**Bouffé delirante**  
 - con síntomas de esquizofrenia, F23.1  
 - - con estrés agudo, F23.11  
 - - sin estrés agudo, F23.10  
 - sin síntomas de esquizofrenia, F23.0  
 - - con estrés agudo, F23.01  
 - - sin estrés agudo, F23.00  
 Briquet, trastorno de, F48.8  
**Bulimia nerviosa**, F50.2  
 - atípica, F50.3

Calambre del escribiente, F48.8  
 Ceceo, F80.8  
 Cefalea, psicógena, F45.4  
**Celos**  
 - alcohólico, F10.5  
 - hermanos, F93.3  
 Ciclotimia, F43.0  
 Claustrofobia, F40.2  
 Cleptomanía, F63.2  
 Colon irritable, síndrome del, F45.32  
 Complejo demencia sida, F02.4  
**Comportamiento, trastorno del**  
 - con trastorno depresivo (F30-F39), F92.0  
 - con trastorno emocional (F93), F92.8  
 - con trastorno neurótico (F40-F48), F92.8  
 - depresiva, F92.0  
 - hipercinética, F90.1  
 - infancia, F91.9  
 - limitada al contexto familiar, F91.0  
 - no socializada, F91.1  
 - oposicional desafiante, F91.3  
 - socializada, F91.2  
 - tipo grupo, F91.2  
 - tipo solitaria agresiva, F91.1  
 Compulsivos, actos, F42.1  
 Confusión psicógena, F44.88  
**Confusional**, estado (no alcohólico), F.05  
 - subagudo, F05.8  
**Conversión**  
 - histeria, F44  
 - reacción, F44  
 - trastorno, F44  
 Convulsiones disociativas, F44.5  
 Crepuscular, estado (ver estado, crepuscular)  
 Creutzfeldt-Jacob, enfermedad de, F02.1#

- Da Costa, síndrome de, F45.30
- Deficiencia, mental (ver retraso mental)
- Delincuencia, juvenil, grupo, F91.2
- Delirante, trastorno de**, F22.0
- inducida, F24
  - persistente, F22.9
  - - especificada, \* F22.8
- Delirio sensitivo de referencia F22
- Delirium**, F05.9
- abstinencia, F1x.4
  - no sobrepuesto a demencia, F05.1
  - origen mixto, F05.8
  - tremens (inducido por alcohol), F10.4<sup>#</sup>
- Demencia** en F03<sup>#</sup>
- complejo parkinsonismo-demencia de UAM, F02.8<sup>#</sup>
  - corea de Huntington (enfermedad), F02.2<sup>#</sup>
  - deficiencia de niacina, pelagra, F02.8<sup>#</sup>
  - deficiencia de vitamina B-12, F02.8<sup>#</sup>
  - degeneración hepatolenticular (enfermedad de Wilson), F02.8<sup>#</sup>
  - degenerativa primaria, F03<sup>#</sup>
  - enfermedad de Alzheimer, F00.9<sup>#</sup>
  - - atípica, F00.2<sup>#</sup>
  - - comienzo precoz, F00.0<sup>#</sup>
  - - comienzo tardío, F00.1<sup>#</sup>
  - - intoxicación por carbohidratos, F02.8<sup>#</sup>
  - - lipidosis cerebral, F02.8
  - - predominantemente cortical, F01.1<sup>#</sup>
  - - tipo mixta, F00.2<sup>#</sup>
  - enfermedad de Creutzfeldt-Jacob, F02.1
  - enfermedad de Parkinson, F02.3<sup>#</sup>
  - enfermedad de dic, F02.0<sup>#</sup>
  - enfermedad del virus de la inmunodeficiencia humana, VIH, F02.4<sup>#</sup>
  - enfermedad especificada, \*F02.8<sup>#</sup>
  - epilepsia, F02.8<sup>#</sup>
  - esclerosis múltiple, F02.8<sup>#</sup>
  - hipercalcemia, F02.8<sup>#</sup>
  - hipotiroidismo, adquirido, F02.8<sup>#</sup>
  - infantil, F84.3
  - intoxicaciones, F02.8<sup>#</sup>
  - lupus eritematoso sistémico, F02.8<sup>#</sup>
  - multi-infarto, F01.1<sup>#</sup>
  - neurosífilis, F02.8<sup>#</sup>
  - parálisis agitada, F02.3<sup>#</sup>
  - parálisis general del demente, F02.8<sup>#</sup>
  - parkinsonismo, F02.3<sup>#</sup>
  - poliarteritis nodosa, F02.8
  - predominantemente cortical, F01.1<sup>#</sup>
  - presenil, F03<sup>#</sup>
  - primariamente degenerativa, F03<sup>#</sup>
  - - tipo Alzheimer, F00.0<sup>#</sup>
  - senil, F03<sup>#</sup>
  - - tipo Alzheimer, F00.1<sup>#</sup>
  - tripanosomiasis, F02.8<sup>#</sup>
  - vascular, F01.9<sup>#</sup>
  - - de comienzo agudo, F01.0<sup>#</sup>
  - - especificada, \*F01.8<sup>#</sup>
  - - mixta, cortical y subcortical, F01.3<sup>#</sup>
  - - subcortical, F01.2<sup>#</sup>
- Dependencia (ver síndrome, dependencia)
- Depresión**, F32.9
- agitada, episodio único, F32.2
  - ansiedad
  - - leve o no persistente, F41.2
  - - persistente (distimia), F34.1
  - atípica, F32.8
  - endógena, F33.-
  - mayor
  - - enmascarada, F32.8
  - - episodio único, F32.-
  - - recurrente, F33.-
  - monopolar, F33.9
  - neurótica (persistente), F34.1
  - postesquizofrénica, F20.4<sup>#</sup>
  - postnatal, F53.0
  - postparto, F53.0
  - psicógena, F32
  - - psicótica, F32.3
  - reactiva, F32
  - - vital, sin síntomas psicóticos, F32.2
- Depresivo, episodio, F32.9
- especificado, \*F32.8
  - grave
  - - con síntomas psicóticos, F32.2
  - - sin síntomas psicóticos, F32.2
  - leve, F32.0
  - - con síntomas somáticos, F32.01
  - - sin síntomas somáticos, F32.00
  - moderado, F32.1
  - - con síntomas somáticos, F32.11
  - - sin síntomas somáticos, F32.10
- Depresivo**, trastorno, F32.9
- orgánico, F06.32
  - recurrente, F33.9
  - - breve, F38.10
  - - episodio actual
  - - - en revisión, F33.4
  - - - leve, F33.0
  - - - - con síntomas somáticos, F33.01
  - - - - sin síntomas somáticos, F33.00
  - - - moderado, F33.1
  - - - sin síntomas somáticos, F33.10
  - - - con síntomas somáticos, F33.11
  - - - grave,
  - - - - con síntomas psicóticos, F33.3
  - - - - sin síntomas psicóticos, F33.2
  - - - especificado, \* F33.8
- Deprivación (ver estado, deprivación)
- Dermatozoenwahn, F06.0
- Desarrollo, trastorno del**, F89
- afasia
  - - capacidades aritméticas, F81.2
  - - tipo expresivo, F80.1
  - - tipo recesivo, F80.2
  - articulación, F80.0
  - coordinación, F82

- escritura expresa, F81.8
- especificado, \*F88
- fonológico, F80.0
- función motora, F82
- generalizada, F84
- habilidades escolares, F81.9
- - mixto, F81.3
- lenguaje, F80.9
- - especificado, \*F80.0
- mixta, específica, F83
- psicológico, F89
- Deseo sexual, pérdida o disminución, F52.0
- Despersonalización, desrealización, síndrome de, F48.1
- Desrealización, F48.1
- Desviación, sexual, F65.9
- Dhat, síndrome de, F48.8
- Diarrea**
- psicógena, F45.32
- síndrome de gas, F45.32
- Dipsomanía, F10.2<sup>#</sup>
- Disfasia, del desarrollo**
- tipo expresivo, F80.2
- tipo receptivo, F80.2
- Disfonía psicógena, F44.4
- Disfunción**
- orgásmica, F52.3
- sexual no causada por trastorno o enfermedad orgánica, F52.9
- - especificada, \*F52.8
- somatomorfo autonómico (del), F45.3
- - órgano especificado, \*F45.38
- - sistema cardiovascular y corazón, F45.30
- - sistema genitourinario, F45.34
- - sistema respiratorio, F45.33
- - tracto gastrointestinal alto, F45.31
- - tracto gastrointestinal bajo, F45.32
- Dislalia (del desarrollo), F80.0
- Dislexia (del desarrollo), F81.0

- Dismorfofobia** (no delirante), F45.2
- delirante, F22.8
- Disociativo, trastorno**, F44.5
- especificado, \*F44.88
- mixto, F44.7
- motor, F44.4
- transitorio, en la infancia y la adolescencia, F44.82
- Dispareunia, no orgánica, F52.6
- Dispraxia, del desarrollo, F82
- Dispepsia, psicógena, F45.31
- Disomnia, F51
- Distimia, F34.1
- Disuria psicógena, F45.34
- Dolor, trastorno persistente somatomorfo, F45.4
- Dorsalgia, psicógena, F45.4
- Elaboración psicológica de síntomas somáticos, F68.0
- Embriaguez aguda, en alcoholismo, F10.0<sup>#</sup>
- Encefalitis, subaguda, VIH, F02.4<sup>#</sup>
- Encefalopatía**
- VIH, F02.4<sup>#</sup>
- post-comocional, F07.2
- Encopresis, de origen no orgánico, F98.2
- Enfermedad (de)**
- Alzheimer, F00,<sup>#</sup>
- Creutzfeld-Jakob, F02.1<sup>#</sup>
- Huntington, F02.2<sup>#</sup>
- Parkinson, F02.3<sup>#</sup>
- Pick, F02.2<sup>#</sup>
- Enuresis (primaria) (secundaria)**
- funcional, F98.0
- origen no orgánico, F98.0
- psicógena, F98.0
- Epilepsia límbica, síndrome de la personalidad de, F07.0
- Episodio
- deleción, específico, F81.1

- disocial agresivo, F91.1
- estrés postraumático, F43.1
- funcionamiento social
- - especificado, \*F94.8
- - retracción y timidez debido a deficiencias en la competencia social, F94.8
- hipomaníaco, F30.0
- maníaco, F30.9
- - deseo, hipoactivo, F52.0
- - maduración, F66.0<sup>#</sup>
- - preferencias, F65.9
- - - especificado, \*F65.8
- - relaciones, F66.2<sup>#</sup>
- rivalidad entre hermanos, F93.3
- somatización, F45.0
- somatomorfo, F45.9
- - dolor, persistente, F45.4
- - especificado, \*F45.8
- - indiferenciado, F45.2
- sueño
- - emocional, F51.9
- - no orgánico, F51.9
- - - especificado, \*F51.8
- tic, F95.9
- - combinado múltiple motor y fonatorio, F95.2
- - crónico
- - - fonatorio local, F95.1
- - - motor, F95.1
- - especificado, \*F95.8
- - transitorio, F95.0
- trance y posesión, F44.3
- Esquizofrenia**, F20.9<sup>#</sup>
- aguda, indiferenciada, F23.2<sup>#</sup>
- atípica, F20.3<sup>#</sup>
- catatónica, F20.2<sup>#</sup>
- cenestopática, F20.8<sup>#</sup>
- cíclica, F25.2
- crónica, indiferenciada, F20.5<sup>#</sup>
- desorganizada, F20.1<sup>#</sup>
- específica, \* F20.8<sup>#</sup>

- hebefrénica, F20.1#
- indiferenciada, F20.3#
- latente, F21
- límite, F21
- parafrénica, F20.0#
- paranoide, F20.0#
- presicótico, F21
- prodrómica, F21
- pseudoneurótica, F21
- pseudopsicopática, F21
- residual, F20.5#
- simple, F20.6#
- simplex, F20.6#

#### **Esquizofrénico**

- catalepsia, F20.2#
- catatónico, F20.2
- flexibilidad cerea, F20.2
- reacción, latente, F21
- restzustand, F20.5#

#### **Esquizofreniforme**

- trastorno orgánico, F06.2
- trastorno psicótico agudo (ver trastorno psicótico)

#### **Esquizofreniforme, trastorno, F20.8#**

- breve, F23.2

#### **Esquizoide**

- trastorno de la infancia, F84.5
- trastorno de la personalidad, F60.1

#### **Esquizotípico**

Esquizotípico (personalidad), trastorno, F21

Estereotipados movimientos, patologías (auto infringidas), F98.4

#### **Estrés**

- reacción, F43.9
- - agudo, F43.0
- - especificado, \* F43.8
- trastorno, postraumático, F43.1

#### **Estupor**

- catatónico, F20.2#
- depresivo, F32.3
- disociativo, F44.2

- maníaco, F30.2
- Exhícionismo, F65.2
- Eyacuación precoz, F52.4

#### **Factores psicológicos y del comportamiento**

- asociado con trastornos o enfermedades clasificadas en otro lugar, F54
- que afectan a las condiciones físicas, F54

Fallo de la respuesta genital, F52.2

Farfalleo, F98.6

#### **Fatiga**

- combate, F43.0
- síndrome, F48.0

#### **Fetichismo, F65.0**

- transvestista, F65.1

Fingimiento de síntomas e

incapacidades (física) (psicológica), F68.1

Flatulencia, psicógena, F45.32

#### **Fobia, F40.9**

- animales, F40.2
- específica (aislada), F40.2
- exámenes, F40.2
- simple, F40.2
- social, F40.1

#### **Fóbico**

- ansiedad (reacción) (trastorno), F40.9

- - especificado, \*F40.8

- estados, F40.9

Folie à deux, F24

Frigidez, F52.0

Froteurismo, F65.8

Fuga, disociativa, F44.1

Ganser, síndrome de, F44.80

Gerstmann, síndrome, del desarrollo, F81.2

Gilles de la Tourette, síndrome, F95.2

Hebefrenia, F20.1#

- Séller, síndrome de, F84.3

#### **Hipercinético, trastorno, F90.9**

- conducta, F90.1

- especificado, \* F90.8

Hiperemesis gravídica, psicógena, F50.5

#### **Hiperfagia (asociada con)**

- psicógena, F50.4

- trastornos psicológicos, especificada, \*F50.4

Hipersomnia, no orgánica, F51.1

Hiperventilación, psicógena, F45.33

Hipo, psicógeno, F45.31

Hipocondriasis, F45.2

Hipomanía, F30.0

#### **Histeria, F44#**

- ansiedad, F41.8#

- conversión, F44#

Hospital, síndrome de peregrinaje, F68.1

Hospitalismo, en niños, F43.28

Hungtinton, corea o enfermedad, F02.2#

Hurgarse el ojo, estereotipado, autoinflingido, F98.4

Idiocia, F73#

Imbecilidad, F71#

Impotencia (sexual) (psicógena), F52.2

#### **Incapacidad**

- adquisición del conocimiento, F81.9#

- aprendizaje, F81.9#

#### **Incontinencia, de origen no orgánico**

- heces, F98.1

- orina, F98.0

Insomnio, no orgánico, F51.0

Institucional, síndrome, F94.2

#### **Intoxicación, aguda (debida a )**

- alcohol, F10.0#

- alucinógenos, F16.0#

- cannabinoides, F12.0<sup>#</sup>
- cocaína, F14.0<sup>#</sup>
- disolventes volátiles, F18.0<sup>#</sup>
- drogas múltiples, F19.0<sup>#</sup>
- estimulantes, \* F15.0<sup>#</sup>
- hipnóticos, F13.0<sup>#</sup>
- opioides, F11.0<sup>#</sup>
- sedantes, F13.0<sup>#</sup>
- sustancias psicoactivas, \* F19.0<sup>#</sup>
- tabaco, F17.0<sup>#</sup>

### **Juego**

- compulsivo, F63.0
- patológico, F63.0

Kanner, síndrome de, F84.0

Koro, síndrome de, F48.8

Laleo, F80.0

Landau-Kleffner, síndrome de, F80.3

Latah, síndrome de, F48.8

### **Lectura**

- inversa, F81.0
  - retraso, específico, F81.0
  - trastorno específico, F81.0
  - - con dificultad de deletreo, F81.0
- Lenguaje, trastorno del desarrollo del, F80.9

Límite, personalidad (trastorno), F60.3

Lobotomía, síndrome de, F07.0

“Mal viaje” (debido a alucinaciones), F16.0

### **Manía**, F30.9

- con síntomas psicóticos, F30.2
  - sin síntomas psicóticos, F30.1
- Masoquismo, F65.5
- Masturbación, excesiva, F98.8
- Melancolía, F32.9
- Micción, aumento de frecuencia, psicógena, F45.34

Mordeduras autolesivas estereotipadas, F98.4

Moron, F70<sup>#</sup>

Munchhausen, síndrome de, F68.1

### **Mutismo**

- electivo, F94.0
- selectivo, F94.0

Necrofilia, F65.8

Neurastenia, F48.0

### **Neurosis**

- anancástica, F42
  - carácter, F60.9
  - cardíaca, F45.30
  - compensación, F68.0
  - depresiva, F34.1
  - gástrica, F45.31
  - hipocondríaca, F45.2
  - obsesiva, F42
  - obsesiva-compulsiva, F42
  - ocupacional, F48.8
  - psicasténica, F48.8
  - social, F40.1
  - traumática, F43.1
- Ninfomanía, F52.7
- Niño torpe, síndrome, F82
- Nosofobia, F45.2

### **Obsesivo**

- neurosis, F42
  - pensamientos y actos, mixto, F42.2
  - pensamientos, F42.0
  - rituales, F42.1
  - rumiaciones, F42.0
- Obsesivo-compulsivo
- neurosis, F42
  - trastorno, F42.9
  - - especificado, \*F42.8
- Oligofrenia (ver retraso, mental)
- Oneirofrenia, F23.2
- Onicofagia, F98.8

Orgasmo, inhibido (hombre) (mujer), F52.3

Orgásmica, disfunción, F52.3

Orientación sexual egodistónica, F66.1<sup>#</sup>

Paidofilia, F65.4

### **Pánico**

- ataque, F41.0
  - trastorno, F41.0
- Parafilia, F65.9
- Parafrenia (tardía), F22.0

### **Parálisis de los miembros**

- histérico, F44.4
- psicógeno, F44.4

### **Paranoia**, F22.0

- alcohólica, F10.5
- querulante, F22.8

### **Paranoide**

- esquizofrenia, F20.0<sup>#</sup>
  - estado, F22.0
  - - involutiva, F22.8
  - personalidad, F60.0
  - psicosis, F22.0
- Parasomnia, F51

Parkinson, enfermedad de, F02.3<sup>#</sup>

Parkinsonismo-demencia, complejo de UAM, F02.8<sup>#</sup>

### **Patológico**

- incendio, F63.1
- juego, F63.0
- robo, F63.2

### **Pérdida de**

- apetito, psicógeno, F50.8
- deseo sexual, F52.0

Peregrinaje, del paciente, F68.1

Persistente somatomorfo, trastorno de dolor, F45.4

### **Personalidad**

- cambio persistente (no debido a daño o enfermedad cerebral) F62.9
- - duelo, F62.8

- enfermedad psiquiátrica, F62.1
- especificado, \*F62.8
- experiencia catastrófica, F62.0
- síndrome, dolor crónico, F62.8
- trastorno, F60.9
- afectiva, F34.0
- agresiva, F60.30
- amoral, F60.2
- anancástica, F60.5
- ansiosa, F60.6
- antisocial, F60.2
- asocial, F60.2
- compulsiva, F60.5
- del comportamiento (adulto), F69
- especificado, \*F68.8
- dependiente, F60.7
- depresiva, F34.1
- derrotista, F60.7
- descontrolada, F60.8
- disocial, F60.2
- especificada, \*F60.8
- esquizoide, F60.1
- esquizotípica, F21
- estética, F60.7
- evitativa, F60.6
- excéntrica, F60.8
- explosiva, F60.30
- fanática, f60.0
- histérica, F60.4
- histriónica, F60.4
- inadecuada, F60.7
- inmadura, F60.8
- inestable emocional
- tipo impulsiva, F60.30
- tipo límite, F60.31
- límite, F60.31
- molesto, F61.1
- múltiple, F44.81
- narcisística, F60.8
- obsesiva, F60.5
- obsesivo-compulsiva, F60.5
- orgánica, debido a enfermedad, daño o disfunción cerebral, F07.9
- especificada, \*F07.8
- paranoide expansiva, F60.0
- paranoide, F60.0
- pasiva, F60.7
- pasivo-agresiva, F60.8
- patológica, F60.9
- psicoinfantil, F60.4
- psiconeurótica, F60.8
- psicopática, F60.2
- querulante, F60.0
- sensitivo paranoide, F60.0
- sociopática, F60.2
- tipo mixto, F61.0
- Pesadillas, F51.5
- Pica**
- de la infancia
- en adultos, de origen no orgánico, F50.8
- Pick, enfermedad de, F02.0#
- Piloroespasmo, psicógeno, F45.3
- Piromanía, F63.1
- Piromanía, patológica, F63.1
- Posesión, trastorno de, F44.3
- Postconmocional**
- encefalopatía, F07.2
- síndrome, F07.2
- Posttraumático, síndrome cerebral, no psicótico, F07.2
- Postconmocional, síndrome, F07.2
- Postencefalitis, síndrome, F07.1
- Postesquizofrénica depresión, F20.4#
- Postleucotomía, síndrome, F07.0
- Psicalgia, F45.4
- Psicastenia, F48.8
- Psicopatía**
- autística, F84.5
- disminución de afecto (en la infancia), F94.2
- Psicosíndrome, orgánico, F07.9
- Psicosis**, F29
- afectiva, F39
- - - especificada, \*F38.8
- alcohólica, F10.5
- alucinatoria, crónica, F28
- cicloide, F23.0
- - con síntomas de esquizofrenia, F23.1
- - - con estrés agudo, F23.11
- - - con estrés crónico, F23.10
- - sin síntomas de esquizofrenia, F23.0
- - - con estrés agudo, F23.01
- - - sin estrés agudo, F23.00
- depresiva reactiva, F32.2
- desintegrativa (de la infancia), F84.3
- epiléptica, F06.8
- esquizoafectiva (ver trastorno, esquizoafectivo)
- esquizofreniforme, F20.8
- - breve, F23.2
- - - con estrés agudo, F23.21
- - - sin estrés agudo, F23.20
- - senil, F03#
- - tipo depresiva, F25.1
- - tipo maníaca, F25.0
- - afectiva, mixta, F25.2
- histérica, F44.8
- inducida, F24
- infantil, atípica, F84.1
- infantil, F84.0
- Korsakov (debida a) (ver síndrome, amnésico)
- - no alcohólico, F04
- - sustancias psicoactivas, F19.6
- mixta, esquizofrénica y afectiva, F25.2
- no orgánica, F29
- orgánica, F09
- paranoide, F22.0
- prenil, F03#

- psicógena, F03<sup>#</sup>
- - depresiva, F32.3<sup>#</sup>
- - paranoide, F23.3<sup>#</sup>
- puerperal, F53.1
- senil, F03<sup>#</sup>
- simbiótica, F24
- - en la infancia, F84.3
- sintomática, F09

### Reacción de adaptación

- ansiedad, F41.1
- crisis , aguda, F43.0
- depresiva
- - breve, F43.20
- - prolongada, F43.21
- - y ansiedad, mixta, F43.22
- duelo, F43.28
- esquizofrénica, F32.2<sup>#</sup>
- estrés agudo, F43.0
- estrés grave, F43.9
- - especificado, F43.8
- hipercinética (de la infancia y adolescencia), F90.9
- paranoide, F23.3<sup>#</sup>
- Reajuste genital, fallo de, F52.2
- Rechazo sexual, F52.10
- Respuesta genital, fallo de, F52.2
- Restzustand, esquizofrénico, F20.5<sup>#</sup>

### Retraso

- especifico de la lectura, F81.0
- - con rasgos autistas, F84.1
- especifico del delectreo
- - con trastorno de la lectura, F81.0
- - sin trastorno de la lectura, F81.1
- mental, F79<sup>#</sup>
- - con rasgos autistas, F84.1
- - especificado, F78<sup>#</sup>
- - grave, F72<sup>#</sup>
- - leve, F70<sup>#</sup>
- - moderado, F71<sup>#</sup>
- - profundo, F73<sup>#</sup>

- Retraso mental (ver mental, retraso)
- Rett, síndrome de, F84.2
- Rinodactilomanía, F98.8
- Ritmo circadiano invertido, psicógeno, F51.2
- Ritmo nictameral, inversión psicógena del, F51.2

### Rivalidad

- entre iguales (no hermanos), F93.8
- hermanos, F93.3

### Robo

- en compañía (en trastorno del comportamiento), F91.2
- patológico, F63.2

### Ruminación

- obsesiva, F42.0
- trastorno de la infancia, F98.2

- Sadismo (sexual), F65.5
- Sadomasoquismo, F65.5
- Satiriasis, F52.7
- Separación, ansiedad de, de la infancia, F93.0

### Sexual

- aversión, F52.10
- deseo, perdida o disminución, F52.0
- disfrute, ausencia de, F52.11
- impulso excesivo, F52.7
- maduración, trastorno de, F66.0<sup>#</sup>
- orientación egodistónica, F66.1<sup>#</sup>
- preferencia, trastorno de, F65.9
- - especificado, F65.8
- - múltiple, F65.9
- rechazo, F52.10
- relaciones, trastorno de, F66.2<sup>#</sup>

### Sexual, ausencia de

- deseo, F52.0
- disfrute, F52.11

### Shock

- cultural, F43.28
- psíquico, F43.0
- Shock cultural, F43.28

- Síncope, psicogénico, F48.8

### Síndrome

- amnésico
- - inducido por disolventes volátiles, F18.6
- - inducido por estimulantes, F15.6
- - inducido por sedantes, F13.6
- - inducido por sustancias psicoactivas, F19.6
- - orgánico (no alcohólico), F04
- Asperger, F84.5
- colon irritable, F45.32
- comportamental, asociado con disfunciones fisiológicas y factores somáticos, F59
- Da Costa, F45.30
- deprivación (ver estado, deprivación)
- dependencia
- - alcohol, F10.2<sup>#</sup>
- - alucinógenos, F16.2<sup>#</sup>
- - cafeína, F15.2<sup>#</sup>
- - cannabinoides, F12.2<sup>#</sup>
- - cocaína, F14.2
- - disolventes volátiles, F18.2<sup>#</sup>
- - estimulantes, F15.2<sup>#</sup>
- - hipnóticos, F13.2<sup>#</sup>
- - múltiples drogas, F19.2<sup>#</sup>
- - opioides, F11.2<sup>#</sup>
- - sedantes, F13.2<sup>#</sup>
- - sustancias psicoactivas, F19.2<sup>#</sup>
- - tabaco, F17.2<sup>#</sup>
- depresión alcohólica, F10.3<sup>#</sup>
- - inducida por alucinógenos, F16.6
- - inducida por cannabinoides, F12.6
- - inducida por hipnóticos, F14.6
- - inducida por múltiples drogas, F19.6
- - inducida por opioides, F11.6
- despersonalización-desrealización, F48.1
- Dhat, F48.8
- diarrea, F45.32

- fatiga, F48.0
- Ganser, F44.80
- Gerstmann, del desarrollo, F81.2
- Heller, F84.3
- hipercinético, F90.9
- institucional, F94.2
- Kanner, F84.0
- Korsakov
- - alcohólico, F10.6
- - no alcohólico, F04
- Landau Kleffner, F80.3
- lobotomía, F07.0
- lóbulo frontal, F07.0
- múltiples quejas, F45.0
- Munchhausen, F68.1
- niño torpe, F82
- peregrinaje hospitalario, F68.1
- personalidad de dolor crónico, F62.8
- personalidad, epilepsia límbica, F07.0
- post-traumático cerebral, no psicótico, F07.2
- postconcusional, F07.2
- postencefalítico, F07.1
- postleucotomía, F07.0
- Rett, F84.2
- Tourette, F95.2
- Síndrome del lóbulo frontal, F07.0
- Síntomas**
- físicos
- - elaboración de, F68.0
- - fingimiento de, F68.1
- psicológicos, fingimiento de, F68.1
- Síntomas físicos, elaboración de, F68.0
- Somatización, trastorno de, F45.0
- Somatomorfo, disfunción autonómica (ver disfunción somatomorfa autonómica)
- Somatomorfo, trastorno
- Sonambulismo**, F51.3
- social, fobia, F40.1
- Sordera, F80.2
- Sordera, psicógena, F44.6
- Subnormalidad (ver retraso mental)
- Succión del pulgar, F98.8
- Sueño**
- inversión del ritmo, psicogénico, F51.2
- terrores, F51.4
- trastorno, F51.9
- - especificado, F51.8
- - sueño ansioso, F51.5
- Tartamudeo, F98.5
- Terrores nocturnos, F51.4
- Tic, trastorno
- Tos, psicógena, F45.33
- Tourette, síndrome de, F95.2
- Trance (y posesión), trastorno, F44.3
- Transvestismo, fetichismo, F65.1
- Transexualismo, F64.0
- Transvestismo**
- doble rol, F64.1
- fetichista, F65.1
- Transvestismo fetichista, F65.1
- Trastorno** (Ver el término correspondiente para cada trastorno específico)
- mental
- Tricotilomanía, F63.3
- Uso nocivo de**
- alcohol, F10.1
- alucinógenos, F16.1
- cafeína, F15.1
- cannabinoides, F12.1
- cocaína, F14.1
- disolventes volátiles, F18.1
- estimulantes, F15.1
- hipnóticos, F13.1
- múltiples drogas, F19.1
- opioides, F11.1
- sedantes, F13.1
- sustancias psicoactivas, F19.1
- tabaco, F17.1
- Vaginismo no orgánico**, F25.5
- VIH**
- encefalitis subaguda, F20.4
- Encefalopatía, F02.4<sup>#</sup>
- Vínculo, en la infancia, trastorno del Voyeurismo, F65.3
- Wernicke, afasia del desarrollo de,
- Zoofobia, F40.2
- Zoofilia

*Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico*  
(GLADP) se terminó de imprimir en mayo de 2004 en  
los talleres de Gráficos Jalisco, Liceo 160, CP 44280.  
Teléfono/fax: 36 14 42 87. Diseño: TONOCONTINUO/  
Francisco Castellón Amaya, Enrique Díaz de León  
sur 514-2, tel.: 38 25 94 41, tonoco@mail.udg.mx.  
Cuidado de edición: Sergio Javier Villaseñor  
Bayardo

Tiro: 5 000 ejemplares

