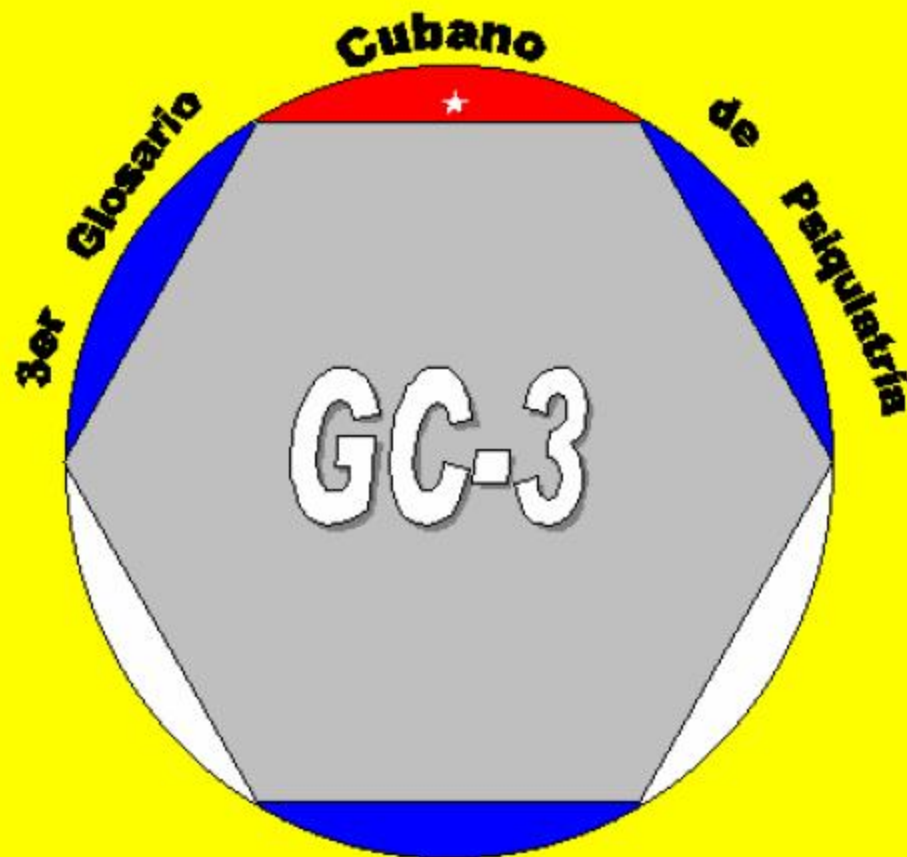




**Adaptación
Para Cuba**

del Capítulo V de la 10ma Revisión

de la Clasificación Internacional de Enfermedades

Título de la Obra : Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría

Autor / (es): Angel Arturo Otero Ojeda

Vivian Rabelo Pérez

Alina Echazábal Campos

Luis Calzadilla Fierro

Francisco Duarte Castañeda

José M. Magriñat Fernández

Carlos Acosta Nodal

Titular: Hospital Psiquiátrico de La Habana

Esta obra es propiedad intelectual del Hospital Psiquiátrico de La Habana y del comité de dirección del 3er Glosario Cubano de Psiquiatría , registrada en el Centro Nacional de Derechos de Autor, en el registro: 07552-7552 De fecha 26 de Junio del 2001 . Queda prohibida su reproducción total o parcial sin permiso de sus autores

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA HABANA**

**DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LOS
TRASTORNOS MENTALES**

**TERCER GLOSARIO CUBANO
DE PSIQUIATRÍA
(GC-3)**

**VERSIÓN PARA CUBA DEL CAPÍTULO V. DE LA 10^{ma.} REVISIÓN
DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES
(CIE-10)**

Hospital Psiquiátrico de La Habana

La confección del 3^{er} Glosario Cubano de Psiquiatría (GC-3) estuvo a cargo del:

COMITÉ DE DIRECCIÓN DEL GC-3

Dr. Angel A. Otero Ojeda (Presidente)

Profesor de Psiquiatría del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana (I.S.C.M.H.).
Miembro del capítulo de Diagnóstico y Clasificación de las Asociaciones Mundial y Latinoamericana de Psiquiatría.
Miembro del Comité de Dirección de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)

Dra. Vivian Ravelo Pérez

Profesora de Psiquiatría Infantil y del Adolescente ISCMH.
Jefa del Servicio de Psiquiatría del Hospital Pediátrico del Cerro.
Miembro del capítulo de Clasificación de la Sociedad Latinoamericana de Psiquiatría

Lic. Alina Echazabal Campos

Psicóloga del Hospital Psiquiátrico de La Habana.

Dr. Luis Calzadilla Fierro

Profesor de Psiquiatría del ISCMH.
Vicedirector del Hospital Psiquiátrico de La Habana.

Dr. Francisco Duarte Castañeda

Especialista de Psiquiatría.
Miembro de los Comités de Dirección de los Glosarios Cubanos de Psiquiatría uno (GC1) y dos (GC2).

Est. José M. Magriñat Fernández (fallecido)

Estadístico del Hospital Psiquiátrico de la Habana.
Miembro del Comité de Dirección del GCI y el GC2.

ASESOR PRINCIPAL

Dr. Carlos Acosta Nodal Ph.D.

Profesor Titular del ISCMH
Presidente del Comité de Dirección de los Glosarios Cubanos de Psiquiatría uno (GC1) y dos (GC2).

El Comité de Dirección del Glosario Cubano de Psiquiatría No.3 es una fuerza de tarea de la Comisión Nacional de Clasificación de los Trastornos Mentales.

Presidente

Dr. Eduardo B. Ordaz Ducungé
Director del Hospital Psiquiátrico de La Habana.

Secretario Ejecutivo

Dr. Angel A. Otero Ojeda
Presidente del Comité de Dirección del GC-3

En las tareas de coordinación de las actividades, discusión de los materiales y asesoría del Glosario Cubano de Psiquiatría No. 3 (GC-3) han intervenido, junto con el Hospital Psiquiátrico de la Habana, varias instituciones científicas y administrativas pertenecientes al Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba.

Ofrecemos a continuación el listado de las mismas, así como de las personalidades que las representaron y colaboraron directamente en esta empresa.

Grupo Nacional de Psiquiatría (adultos)

Dr. Guillermo Barrientos Llano Phd.

Profesor Titular de Psiquiatría del ISCMH

Jefe del Grupo.

Grupo Nacional de Psiquiatría (Infantil y del Adolescente).

Dr. Cristóbal Martínez Gómez Phd.

Profesor Titular de Psiquiatría del ISCMH

Jefe de Grupo

Dra. María de los Angeles González

Miembro del Grupo Nacional de Psiquiatría Infantil y del Adolescente.

Sociedad Cubana de Psiquiatría

Dr. Ricardo González Menéndez Phd.

Presidente de la Sociedad Cubana de Psiquiatría

Profesor Titular de Psiquiatría del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

Sociedad Cubana de Psicología de la Salud.

Dra. Noemí Pérez Valdés. Phd.

Presidente de la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud.

Profesora Titular de la Escuela de Psicología de la Universidad de La Habana.

Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública.

Lic. Ana C. Mesa Machado

Jefa del Grupo Especial de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública.

Asesores Extranjeros:

Dr. Francisco Alonso- Fernández. Phd

Académico de la Real Academia Nacional de Medicina de España

Profesor Emérito de la Universidad Complutense de Madrid.

Director del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española.

Dr. Juan E. Mezzich Ph.D (USA-Perú)

Profesor de Psiquiatría "Mount Sinai School of Medicine" (City University of New York.)
Secretario General de la Asociación Mundial de Psiquiatría.

Dr. Carlos E. Berganza.

Profesor de Psiquiatría Infantil y del Adolescente.

Representante de la Asociación Mundial de Psiquiatría para México,
Centro América y el Caribe.

Secretario de la Sección de Clasificación, Taxonomía y Evaluación Diagnóstica
de la Sociedad Mundial de Psiquiatría y Presidente del Comité de Dirección
de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP).

En la confección del 3er. Glosario Cubano de Psiquiatría, su comité de Dirección contó con
la asesoría y colaboración especial de:

Dr. Oscar Ares Feijó (Fallecido)

Profesor de Psiquiatría del ISCMH

Dr. Guillermo Barreto Ramírez

Especialista en Psiquiatría Infantil

Dr. Jesús Dueñas Becerra

Miembro del Consejo Científico del Hospital Psiquiátrico
de La Habana. (corrección de estilo).

Dra. Guadalupe Fernández Rivero

Especialista en Psiquiatría Infantil

Instructora del ISCMH.

Dr. José Galigarcía Hernández Phd.

Profesor Emérito de Psiquiatría del ISCMH

Dr. Alberto Galvizu Borrel Phd.

Profesor Titular de Psiquiatría del ISCMH

Dr. Ricardo González Menéndez Phd.

Profesor Titular de Psiquiatría ISCMH

Presidente de la Sociedad Cubana de Psiquiatría.

Dra. Elsa Gutiérrez Baró Phd.

Profesora Titular de Psiquiatría ISCMH.

Directora de la Clínica del Adolescente.

Dr. Joaquín Herrera Gener

Especialista en Psiquiatría Infantil y del Adolescente

Instructor del ISCMH.

Dra. Yodalia Leiva Marín Phd.
Profesora Titular de Psiquiatría (ISCMH)
Directora del Centro Nacional de Educación Sexual.

Dr. Gerardo Nogueira Rivero
Especialista en Psiquiatría Infantil y del Adolescente.
Miembro del Comité de Dirección de los Glosarios
Cubanos de Psiquiatría uno (GC1) y dos (GC2).

Dr. Joaquín Pascual Gisper Phd
Profesor Titular de Pediatría. ISCMH.

Dr. José Pérez Villar Phd. sc.
Profesor Consultante Psiquiatría Infantil y del Adolescente del ISCMH.

Dr. Tomás Rodríguez López
Profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Pinar del Río.

Dra. Reina Rodríguez Mesa, Phd, sc.
Profesora Titular de Psiquiatría del ISCMH.
Presidenta de la Sección de Psicoterapia de la Sociedad Cubana de Psiquiatría.

Dra. Edelsia Rojas Massipe
Profesora de Pediatría del ISCMH

Dr. Humberto Suárez Ramos Phd.
Profesor Titular de Psiquiatría del ISCMH

Dr. Miguel A. Valdés Mier Phd.
Profesor Titular de Psiquiatría del ISCMH
Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Hermanos Amejeiras.

Dr. Celestino Vasallo Mantilla Phd.
Profesor Titular de Psiquiatría del ISCMH
Miembro del Grupo Nacional de Educación Sexual.

Dra. Juana Velázquez Ortega
Profesora de Psiquiatría del ISCMH.

Dr. René Yodú Prevés Phd. (fallecido)
Profesor Principal de Psiquiatría del Instituto Superior de Ciencias
Médicas de La Habana.

Palabras del Director

El hiperdinámico y cotidiano acontecer científico contemporáneo nos ha obligado a no descansar. No obstante, el cumplimiento de una etapa, obliga a detenerse un minuto para "sacudirse el polvo del camino" y echar un crítico vistazo al trayecto recorrido antes de marchar por nuevos derroteros.

Perdido ya en la distancia de los años transcurridos, yace el recuerdo de lo que fuera el inicio de la intervención del Hospital Psiquiátrico de la Habana, en la empeñosa tarea de introducir en la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales, las singulares aportaciones provenientes de pueblos que albergan el ardor y la originalidad de las mentes que aun conservan la frescura y el ímpetu de su joven tránsito por el mundo, en medio de un concierto de pueblos, ya maduros o envejecidos, que han perdido el oído para escuchar el fragor y percibir el verdor de lo nuevo que nace.

Fue un día de agosto del año 1969 cuando, al reintegrarse a nuestra Institución el Profesor Carlos Acosta Nodal, trajo en sus planes la iniciativa que dio lugar a un PRIMER GLOSARIO CUBANO, luego un segundo y hoy con extremado placer el tercero.

Todos los que, de uno u otro modo, trabajamos en esta tarea, siempre fieles a la línea de masas (hoy, en busca de mayores empeños), nos uniremos con nuestros hermanos latino-americanos, para contribuir a la elaboración de una nueva y mejor Clasificación de los Trastornos Mentales.

Los Glosarios Cubanos de Psiquiatría son un logro no sólo de sus Comités de Dirección, del Hospital Psiquiátrico de La Habana y del Ministerio de Salud Pública de Cuba, sino de todos los profesionales relacionados con la Salud Mental de nuestro país, cuyos aportes, bajo la dirección del Profesor Carlos Acosta Nodal y sus continuadores, hemos tenido el privilegio de apoyar y conducir a vías de éxito.

La participación multitudinaria de la mayoría de los psiquiatras y psicólogos de la Salud de Cuba, junto con una amplia variedad de profesionales de otras disciplinas afines a la Salud Mental, no sólo enriqueció estas obras, sino que permitió que las tareas de la confección del GC-3 pudieran llevarse a cabo, pese a las condiciones particularmente difíciles que atravesamos. Además, el Glosario Cubano (en sus distintas versiones) ha sido durante más de un cuarto de siglo, y es aún, el único de su tipo en el mundo hispanoparlante y el GC-3 una adaptación regional de carácter multiaxial al capítulo V de la CIE-10.

Sería muy injusto si dejara de mencionar en estas palabras el decisivo, imprescindible, entusiasta y responsable trabajo, tanto en lo científico como en lo organizativo, del Profesor Dr. Angel Otero Ojeda.

En un mundo, donde una devastadora globalización amenaza con barrer de la faz de la tierra nuestras culturas y valores más íntimos y sagrados, el GC3 y la Primera Guía

Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, constituyen dos pilares básicos, en la defensa de nuestras posiciones y en la divulgación de nuestros criterios y valores científicos y humanistas.

Con orgullo, entregamos a las generaciones futuras el fruto de nuestro humilde y abnegado esfuerzo de más de 30 años, con la seguridad de que ellos lo sabrán honrar, engrandecer y continuar, por el bien y orgullo de la Gran Patria Latinoamericana.

Dr. Eduardo B. Ordaz
Director
Hospital Psiquiátrico de La Habana

LISTA DE COLABORADORES PRINCIPALES

Dr. Carlos Alfonso Bequier
Dra. María C. Alfrizo Oliveira
Dra. Mercedes Alonso Alpizar
Dra. Vilma Alvarez Cuñat
Dra. Mirtha Araluce Ramírez
Dra. Sara Gilda Argudín
Dra. Grisel M. Arrargos González
Dra. Juana Leonor Ayala Vega
Dr. Gerardo Balar Ramírez
Dr. Isidoro Balí Maya
Dra. Pilar Ballester Oliveira
Dra. Lilia Blanco Caballería
Dr. Guillermo Barreto Ramírez
Dr. Rafael A. Bello
Dra. Reina Benavides Sarmiento
Dra. Josefina Bestard Ricoy
Dr. Agustín C. Bestard Rodríguez
Dra. Carmen Betancourt Muñoz
Dra. Juana Bigñote Rojas
Dr. Ivan Sixto Bogne
Dr. Juan Bordato Montalvo
Dra. Eulania Borges Machín
Dra. Sandra Borges Sánchez
Dr. Olenardo Borrego Viñas
Dra. Daysi Borys Savigne
Dr. Ivan S. Bounne Cabrera
Dra. Daysi M. Brig Savigne
Dr. Jorge Buitrago Pérez
Dr. Antonio Caballero Moreno
Dra. Carmen G. Caballero Poo
Dra. Irene Cabrera Alfonso
Dr. Carlos Cabrera Díaz
Dra. Teresita de J. Calvo Oliva
Dr. Nelson Campos
Dr. Manuel Capote Quintana
Dra. Migdalia Carbonell Naranjo
Dra. Marina Cardone Monteagudo
Dra. Gladis C. Castillo Izquierdo
Dra. Eloina Castillo Meléndez
Dra. María Esther Castro
Dra. Martha Castro Peraza
Dra. Iluminada del Rosario Cedeño

Dr. Hugo R. Cervantes Tablada
Dra. María Luisa Correa Ramos
Dr. Rodolfo Pedro Crespo Hernández
Dra. Isabel Cuadrilla Ores
Dr. Nelson Cueiros Socarrás
Dr. Edelthes Cuencas Doimeadios
Dr. Alberto Cutie Bressler
Dra. Irma Chique Fleita
Dr. Luis A. Dechard Padrón
Dra. Teresita Delgado Expósito
Dra. Marlene Devani Enamorado
Dra. Yipsi Díaz Castillo
Dra. Catalina Díaz Peraza
Dra. María E. Domínguez Borrego
Dra. Rafaela Duavuy Caballero
Dra. Carmen G. Duper Morando
Dr. Francisco Duran Castillo
Dra. Margarita Echevarría Avila
Dra. Ivón Ennano Thames
Dra. Ana María Fachado Carvajal
Dr. Jaime Fajardo Bernal
Dr. Ariel Faure Vidal
Dra. Iliana Fera Velázquez
Dra. Mabel Fernández Consuegra
Dra. María Fernández Nin
Dra. Carmen G. Fernández Rivero
Dra. Ileana Ferrat Claik
Dra. Lidia A. Figueredo Arce
Dra. Leticia Figueredo Sosa
Dr. Luis A. Fong Barrios
Dr. Enrique Fong Hernández
Dr. Eduardo R. Fragueta Castro
Dr. Wilfredo Fuentes Rodríguez
Dra. María de los A. García Baños
Dr. Angel L. García Ferreiro
Dr. Carlos García Jacomino
Dra. Nela García Medina
Dr. Octavio Garciga Ortega
Dr. Carlos García Ramírez
Lic. Reinaldo Gómez Plasencia
Dra. Angela Gómez Poisequé
Dr. Ibrahim González Bello
Dra. Liliam González Edo
Dra. Loraine González Fernández

Dra. María González Fulgueira
Dr. Manuel González Gil
Dr. Idilio González Martínez
Dr. Ricardo González Menéndez
Dra. Odalis González Montague
Dr. Roberto González Pérez
Dra. Mirtha González Soto
Dra. Cecilia González Suárez
Dr. Juan F. González Vicent
Dr. Pedro I. González Villarubia
Dr. Abraham González Viña
Dra. Iliana Gorguet Pi
Dra. Silvia María Gricalla Maiza
Dra. Carmen Guasch Cáceres
Dra. Marianela Heredia Leyva
Dr. Vicente Hernández Castro
Dra. Marilín Hernández Chiblé
Dra. Eida Hernández Elías
Dra. Norma Hernández García
Dra. María A. Hernández Hernández
Dra. María Rosa Hernández Patterson
Dr. Joaquín Herrera Gener
Dr. Ricardo Humaran Fernández
Dra. Flor M. Hung Borrero
Dr. Carlos R. Ibarra Bulté
Dr. Orlando Lamas Vicena
Dr. Emilio Lastra Arrieta
Dra. María Eugenia Lavigne
Dra. Teresa Lazance Pérez
Dra. Alina Leyva Castells
Dr. Pablo López García
Dra. Marilis López Lavigne
Dr. Humberto Martínez González
Dr. Alfredo Martínez Pérez
Dr. Frank Martínez Urra
Dr. Manuel Méndez Salomo
Dra. Cristina Mendoza Rodríguez
Dra. Maritza Mesa Benítez
Dra. Amparo Mino García
Dra. Lucia Miralles
Dr. Adalberto Montanet Alindano
Dra. Irene Moracen Disotuar
Dra. Marina Morffa Anasti
Dr. Alberto Orlandini Navarro

Dra. Laura R. Ortoño Más
Dra. Miriam de la Osa O’rrelly
Dr. Claudio Palacio Mesa
Dra. Isabel Pascual Fernández
Dr. Guido Jorge Pérez
Dra. Teresa Pérez de Alejo
Dr. Sergio Pérez Borrero
Dra. Margarita Pérez Machado
Dra. Teresita Pérez Sosa
Dra. Lourdes Pérez Valdés
Dra. Patricia Piñeda Tapia
Dra. Alba Portela Sabani
Dra. Elsa Portela Saborí
Dra. Yumina Puig Rosell
Dra. Barbara Quintero Pérez
Dra. Mérida Quirantes Teran
Dra. Melba Ramírez Romaguera
Dra. Vivian Ravelo Pérez
Dr. Ernesto Rebozo Piño
Dr. Eloy Reite Valverde
Dra. Madalis Reyes Aries
Dra. Juana M. Riveo Edvaide
Dra. Flora Roca García
Dr. Regino Rodríguez Boti
Dra. Mercedes Rodríguez Fernández
Dr. Tomás Rodríguez López
Dra. Reina C. Rodríguez Mesa
Dr. Daniel H. Rodríguez Perdomo
Dr. Emilio Rojas Hidalgo-Gato
Dra. Elisabel Romero Ramos
Dr. Arsenio Rosales Morales
Dr. Reinaldo Rosales Rodríguez
Dra. Mayra Salva Sánchez
Dra. Aime Sanabria Perdomo
Dra. Sandra Sánchez Borges
Dra. Gilda Sánchez González
Dra. Adela Sánchez Masso
Dr. Gervasio Sánchez Moise
Dr. Alberto Sánchez Pérez
Dr. José Antonio Sánchez Rodríguez
Dra. Lugarda Sánchez Valdés
Dra. Georgina Sánchez Villa
Dr. Luis San Juan Pérez
Dr. Juan Emilio Sandobal

Dra. Rosa Sandoval
Dr. Ismael Santos Cabrera
Dra. Silvia Santos Cedeño
Dra. Ana Sarracent Sarracent
Dr. Francisco Sineiro Silva
Dra. Merci Soler Pérez
Dra. Martha Stay Broock
Dra. Martha Suárez
Dr. Humberto Suárez Ramos
Dra. Esperanza Swaby Atherton
Dr. Juan Tomiste Milian
Dr. José Luis Torres Larrañaga
Dr. José M. Torres Ramos
Dr. Gilberto Tostel Rodríguez
Dr. Miguel A. Valdés Mier
Dr. Guillermo Valdivie
Dr. Celestino Vasallo Mantilla
Dra. Flora M. Vasconcelos Hernández
Dra. Basilicia Vega Bueno
Dra. Juana M. Velázquez Argote
Dra. Eufemia Verdecia Corales
Dr. Herminio Vidal Anido
Dr. Bernardo Villarreal Casate

Créditos

El Dr. Eduardo B. Ordaz Ducungé, Director del Hospital Psiquiátrico de la Habana y Presidente de la Comisión Nacional de Clasificación de los Trastornos Mentales y el Dr. Angel A. Otero Ojeda, Presidente del Comité de Dirección del GC3 agradecen la colaboración recibida para la realización de esta obra por parte de:

Sra. Marilyn Pérez Caballero

Sra. Marybel López Varona

Sra. Tania González Portales

Sra. Belkis Ortega Ortega

Sra. Ivia Delgado Rodríguez

Sra. Zumara Laborí Cruz

Ing. Juan Fco. Márquez Díaz
el cual colaboró en la conversión y corrección
automatizada en el Editor Word del presente Glosario

Lic. Raúl E. Osés Balari

A todos ellos, muchas gracias.

PROLOGO

El diagnóstico es la piedra angular de la medicina y la psiquiatría: define el campo, y con él, el clínico organiza su pensamiento y actúa. La estandarización de la clasificación diagnóstica a nivel internacional ha sido asumida por la Organización Mundial de la Salud, la cual publicó en 1992 la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Su componente sobre salud mental incorporó los últimos avances metodológicos para el diagnóstico psiquiátrico, a saber, una organización sindrómica de los trastornos, una definición explícita u operacional de éstos, y una formulación multiaxial de la condición clínica del paciente.

Aún con estos refinamientos y el proceso de consulta internacional con que fue completado, la CIE-10 como sistema universal no puede reflejar cabal y fielmente las realidades y necesidades locales. En atención a esto, encontramos en la actualidad adaptaciones regionales de la CIE-10 en la forma del DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana, de la Segunda Edición Revisada de la Clasificación China de Trastornos Mentales, de la Modificación Clínica Japonesa de la CIE-10, y el presente Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría.

Las primeras dos ediciones del Glosario Cubano representaron respuestas constructivas y enjundiosas a la CIE-8 y CIE-9, respectivamente, con el liderazgo eminente del Profesor Carlos Acosta Nodal. El Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (GC-3) ha sido edificado sobre tan distinguida tradición por un comité presidido por el Profesor Angel A. Otero Ojeda. Este logro de la psiquiatría cubana, que enorgullece a la latinoamericana, incluye entre sus innovaciones una adaptación a la realidad nacional del modelo multiaxial de la CIE-10. Como en las ediciones previas del Glosario, y a diferencia de las otras adaptaciones regionales previamente mencionadas, los arquitectos del GC-3 han sabido convocar una participación amplia y sustantiva de las varias profesiones de la salud mental, a través de seminarios escalonados del ámbito local al nacional.

La presencia creciente de la psiquiatría cubana en el concierto universal, emblematicada por el GC-3, está siendo jalonada a nivel organizacional por los siguientes hitos: la reciente incorporación de la Sociedad Cubana de Psiquiatría, presidida por el Profesor Ricardo González Menéndez, a la Asociación Psiquiátrica Mundial; la elección de Cuba, con el liderazgo del Profesor Eduardo B. Ordaz Ducungé, como sede del XX Congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL); y la selección del GC-3 como punto de partida del Glosario Latinoamericano de Psiquiatría en preparación por la APAL, con la dirección del Profesor Carlos Berganza, de Guatemala.

Las ingentes contribuciones de nuestros infatigables colegas cubanos, ajenos a la ostentación, honran con su ejemplo las palabras de José Martí, poeta de la patria grande latinoamericana, "Si de algo serví antes de ahora, ya no me acuerdo: lo que yo quiero es servir más".

Profesor Juan E. Mezzich (Nueva York)

Secretario General de la Asociación Mundial de Psiquiatría.

INDICE GENERAL

	pág.
Introducción.....	1
Uso del Manual.....	9
Definición de términos y precisión de categorías.....	13
Principales cambios efectuados por la CIE-10 y el GC3.....	23
Listado de categorías principales.....	36
Categoría F00-F09.....	53
Categoría F10-F19.....	91
Categoría F20-F29.....	115
Categoría F30-F39.....	151
Categoría F40-F49.....	185
Categoría F50-F59.....	225
Categoría F60-F69.....	245
Categorías F70-F79 a F90-98.....	275
Categoría F70-F79.....	281
Categoría F80-F89.....	313
Categorías F90-F98 y F99.....	333
Ejes complementarios.....	365
Síndromes ((“mediados por la cultura”)) de difícil ubicación en la CIE-10.....	387
Apuntes históricos.....	421
Índice alfabético.....	453
Bibliografía	

INTRODUCCION

Hace casi treinta años, el 28 de Agosto de 1971, fue creado en el Hospital Psiquiátrico de La Habana el Comité de Dirección del Primer Glosario Cubano de Psiquiatría.

Comenzaba así un largo e ininterrumpido trabajo en la elaboración de los Glosarios Cubanos de la Sección V de la CIE.

Durante más de un cuarto de siglo, centenares de profesionales cubanos han sido consultados y han aportado sus experiencias y conocimientos.

Ese aporte se hace más valioso si se tiene en cuenta que varios cientos de ellos han participado en tareas internacionalistas en los más apartados confines geográficos de decenas de países en vías de desarrollo.

La culminación de la tercera generación de Glosarios Cubanos no puede menos que llamarnos a reflexiones sobre la utilidad y necesidad de tan sostenido empeño por parte de un país pequeño y en vías de desarrollo.

Por la actualidad que conservan, reproducimos aquí parte de las palabras que, en la introducción al Glosario Cubano de Psiquiatría No.2, escribiera el Presidente de su Comité de Dirección, Profesor Carlos Acosta Nodal.

"Un país subdesarrollado tiene incuestionablemente disminuidas sus capacidades en lo que 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" (fin de la cita)

Esa contribución a la psiquiatría internacional no puede limitarse a la simple descripción de síndromes autóctonos de nuestras regiones (y su posible inserción dentro de la C.I.E), ni a la adaptación de los requerimientos diagnósticos de esta última, a nuestras características vernáculas; eso es tal vez lo menos importante.

En medio de un peligroso proceso de globalización, los Glosarios de Psiquiatría han devenido no sólo un instrumento de trabajo, sino una solapada imposición (bajo un manto de neutralidad y objetividad) de concepciones sobre la salud y enfermedad mentales, esencialmente pragmáticas y reduccionistas, que responden más a las características socioeconómicas de los países desarrollados que a criterios de real validez universal.

La adopción de sistemas pautados de diagnósticos, si bien ha constituido un freno necesario al exceso de subjetividad e individualidad, (que indudablemente entorpecía el desarrollo de la especialidad) y ha facilitado la comunicación internacional, no está, en modo alguno, libre de "dañinos efectos secundarios".

Tal enfoque implica el riesgo de convertir al clínico en un cazador de síntomas, "**que con sus presas**" llega a un diagnóstico no por el todo, sino por la suma de partes y que además, toma en cuenta sólo aquellos aspectos externos, objetivos y generales (a los que se presupone universales) de los trastornos mentales, y deja a un lado el razonamiento profundo y el contexto psicosocial en que éstos transcurren.

Las consecuencias negativas de dichas concepciones ya comienzan a aparecer.

Se ha extendido de manera implícita y explícita entre muchos psiquiatras jóvenes y en formación, pero sobre todo en médicos de otras especialidades, la creencia de que la calidad del diagnóstico depende del instrumento utilizado y no de la sapiencia de quien lo hizo, y de que con saberse el manual basta para dominar la clínica psiquiátrica. Lo que se ve reforzado por la exigencia hecha por muchas publicaciones del uso de determinados sistemas diagnósticos para aceptar un trabajo.

Suponer esto, es como admitir que el valor de una pintura depende del pincel que se utilizó y no del artista que la realizó.

Precisamente uno de los problemas de los sistemas taxonómicos parametrados, es que hacen descansar el diagnóstico de manera más o menos mecánica en el hallazgo de un cierto número de características, casi todas síntomas actuales, y dejan a un lado todo proceso de razonamiento y la participación de innumerables variables no contempladas en los "criterios diagnósticos".

Se pierde así la integralidad del proceso, y con ello la dimensión humana, al separar las "claves" diagnósticas del contexto psicosocial en que transcurren, por lo que se crea una *gestalt* desnaturalizada con base en una figura sin fondo, más apropiada para la promoción de determinados productos comerciales que para un cabal entendimiento del drama humano del paciente.

Nacida en los países altamente desarrollados, la psiquiatría moderna ha dado por sentado (salvo ciertas características vernáculas de la expresión clínica) la universalidad de sus categorías, entidades, concepciones y criterios (ver introducción a síndromes de difícil ubicación en la CIE-10).

Las raíces conceptuales de esa psiquiatría mal llamada **OCCIDENTAL**, ya que en realidad es **NOR-OCCIDENTAL** (pues tanta diferencia hay entre el norte rico y desarrollado y el sur, como entre el este y el oeste -el problema no es sólo geográfico-) han sido brillantemente analizada por Horacio Fábregas J. R. en el capítulo 1 del libro **Culture and Psychiatric Diagnosis**. Entre otras características por él señaladas de la forma "occidental" de enfrentar los trastornos mentales, vale la pena citar:

a) La progresiva elaboración de conceptos biomédicos impersonales, lo que da lugar a un cambio, en que conceptos pertenecientes a personas socioculturalmente enraizadas dan paso a temas (objetivos/neutrales) descriptivos de objetos mecánicos o máquinas humanas.

b) Una tradición caracterizada tanto por la progresiva autoridad dada a la neuroanatomía, la neurofisiología y la psicología científica, como por la ausencia de consideraciones ético-morales. El resultado es la elaboración de un lenguaje descriptivo de los síntomas clínicos, puramente fenomenológico y supuestamente desprovisto de toda conexión con la situación y características personales del individuo, que se precia de ser neutral, impersonal y basado en el "objetivismo científico", sin tener en cuenta que los indicadores de los trastornos psiquiátricos están ligados a un comportamiento simbólico (a diferencia de lo que sucede en otras ramas de la medicina).

c) La forma actual de describir y definir las enfermedades mentales es vista sólo como un recurso transitorio hasta que se produzca el descubrimiento de marcadores biológicos (no conectados con el comportamiento) para cada entidad.(fin de la cita)

Concordamos con dicho autor en que ese enfoque, exclusivamente biológico molecular del diagnóstico y la clasificación de los trastornos psiquiátricos presentados por un ser bio-social, es en esencia erróneo y problemático.

Esa última consideración merece una atención especial. Las tendencias actuales en la psiquiatría no sólo son reduccionistas en el sentido de traspolar mecánicamente conceptos de un entorno social a otro, sino también al unilateralizar (dentro de una corriente neokrapelineana) el fenómeno psicopatológico.

La psiquiatría es una disciplina íntimamente relacionada con el funcionamiento armónico, feliz y creativo del hombre en su entorno sociocultural, no puede concebirse la salud mental al margen de la sociedad, ni desconocerse que el ser humano es la única criatura dotada de conciencia, y por lo tanto, capaz de saber que existe, y que mañana morirá, de manejar el nivel abstracto, compararse con otras y necesitar a la vez ser distinto e igual a sus congéneres.

No pocos autores han señalado que, de continuar acentuándose el exagerado énfasis dispensado a los aspectos anatomo-fisiológicos de los trastornos mentales, la llamada tecnología de punta, la psicofarmacología y otros factores mal llamados "biológicos", objetivos y universales, junto a la subvaloración (cuando no una tácita negación) de los factores psicológicos, ideológicos y sociales, se llegaría a convertir a la psiquiatría en la rama de la Zoología que se ocupa de los trastornos del cerebro humano.

La pretensión de basar el diagnóstico psiquiátrico únicamente en marcadores biológicos y de tomar en consideración tan sólo lo objetivo, mensurable y generalizable (universal), e ignorar la individualidad propia de cada grupo, e incluso de cada persona, más que un error de concepto constituye una amenaza a la dignidad humana, debido a que:

- 1) Se crea así la tendencia a concebir implícitamente los disfuncionamientos mentales como enfermedades o trastornos primarios del cerebro, no del hombre, por lo que toda manifestación morbosa sería la expresión de una lesión, enfermedad o anomalía congénita del encéfalo.

Por supuesto que, en sentido restringido, esto es cierto, muchas causas de desajustes mentales son consecuencia directa de lesiones o enfermedades encefálicas primarias, y lógicamente, toda actividad mental (normal o no) tiene un substrato orgánico de base, aun cuando las motivaciones que los produzcan sean de índole psicosocial.

El error está en absolutizar ese punto de vista, reducir al hombre a su componente biológico e igualar **una verdad** con **la verdad**.

- 2) A esa **absolutización** se suman otras que agravan la situación.

El término **biológico** se ha reservado exclusivamente para referirse a los aspectos orgánicos, lo que trae como consecuencia la exclusión del fenómeno psicológico de lo biológico.

El contenido del pensamiento (ideas, conceptos, simbolizaciones, etc.), la psicoterapia, e incluso, la simple comprensión de las motivaciones y la naturaleza humana, quedarían en el mejor de los casos en el campo de la teología, cosa esta nada nueva, pues ya ocurrió en la Edad Media. Dado que "Bio" significa vida, los factores sociales (privativo de los seres vivos más organizados) también quedarían enajenados dentro del campo de la psiquiatría.

- 3) Además, se tiende a tomar como realmente científico y válido sólo aquellos aspectos claramente evidenciables y medibles (**“sólo es ciencia lo que se puede medir, pesar o expresar de algún modo en unidades o cifras”**) y desdeñar como subjetivo todo lo que no responda a ese axioma.

Para más desgracia, el término subjetivo dado a muchos fenómenos psicológicos y psicopatológicos resulta ambiguo, pues se usa tanto para señalar lo que sólo existe en nuestra imaginación y es, por lo tanto, irreal (se tomaron decisiones por razones puramente subjetivas), como para designar aspectos como el odio, el amor, la amistad, etc., que indudablemente existen en la realidad, aunque muchos de sus componentes no puedan ser “disecados” para exponerlos de una manera objetiva y medible.

En consecuencia, lo subjetivo queda relegado al estanco de las cosas irreales, de existencia dudosa, o al menos acientíficas.

Es necesario distinguir entre las hipótesis, teorías o creencias, resultado de una elaboración mental, y aquellos fenómenos que tienen una existencia propia independiente de nuestra imaginación y criterios, pero cuyas leyes y esencia no son claramente conocidas, y su forma de expresión no puede ser aún decodificada con base en indicadores objetivos y universales.

- 4) Existen verdades puras, cristalinas, de laboratorio, y verdades surgidas de la *praxis secular* del acontecer humano, y ambas se conjugan para formar la verdad.

En general, sólo se les da valor a las primeras y se reduce a ellas el criterio de veracidad, cuando ambas son útiles y se complementan.

A veces, por ejemplo, se necesitan criterios estrechos y objetivos para el diagnóstico de un trastorno (un caso típico es la demostración de la utilidad de un fármaco), pero difícilmente puedan satisfacerse las demandas de miles de millones de personas de los más disímiles entornos y posibilidades económicas, con base en esos mismos indicadores.

Además, la gran verdad no es pura y objetiva. Las conclusiones válidas para un grupo de pacientes escogidos con base en criterios muy restrictivos, no necesariamente son aplicables a los casos menos típicos. El criterio de la verdad está en la práctica.

- 5) En otro orden de cosas, un enfoque esencialmente biomédico del ser humano, que considera la problemática salud enfermedad (y en última instancia, la felicidad) del hombre con base en la desaparición de síntomas o la creación de vivencias subjetivas agradables por medios químicos, al margen de su realización social, tampoco es nada nuevo ni deseable, pues decenas de miles de personas con drogadicción han seguido ya ese camino desde mucho tiempo atrás.

La conversión de la terapéutica psiquiátrica en una suerte de neohabitación, que se diferencia de las formas "clásicas" de adicción a sustancias más que por su esencia, por factores accesorios, como menor nocividad, masividad de su uso e investidura de proceder científico y legal, no es simplemente una amenaza teórica:

Indicadores basados esencialmente en síntomas actuales para diagnosticar los trastornos psiquiátricos y evaluar su evolución, diseñados a la medida de un enfoque farmacológico; el valor cada vez más acentuado asignado a los llamados factores biológicos y la asignación de fabulosos recursos (en comparación con los destinados a los aspectos psicosociales) para su estudio, unidos a la presión de casas farmacéuticas y compañías de seguros, que no sólo influyen en la práctica psiquiátrica, sino incluso en la formación de los recursos humanos, hacen de la **alquimización** del hombre un proceso en marcha más que un peligro potencial.

En efecto, muchas universidades han modificado sus programas para dar prioridad a aquello por lo que se paga, y han condicionado el desarrollo de la especialidad a la concepción de la salud mental como mercancía.

El gran proceso de aprendizaje psicosocial imprescindible para desarrollar las capacidades anatomofisiológicas y funcionales del cerebro (ver concepto de orgánico pág. 15) no puede ser ignorado, ni la integridad del hombre entendida, sino es mediante la unión de los marcadores y otros aspectos biológicos de su comportamiento (cuya importancia y necesidad están fuera de toda duda), con los factores psicosociales.

Tendencias actuales de la psiquiatría y sistemas taxonómicos.

Concebidos para diagnosticar y clasificar a un sujeto ya enfermo (o que presuntamente lo está), en un contexto asistencial tradicional (sala de psiquiatría o consulta ambulatoria) los sistemas taxonómicos actuales (S.T.A.), incluido el GC-3, han nacido un poco viejos para servir a una psiquiatría, que desplaza hacia las acciones comunitarias el "epicentro" de su actividad.

La Psiquiatría Comunitaria se basa, principalmente, en un enfoque preventivo, y les da prioridad a las tareas de prevención y promoción de salud.

Por lo tanto resulta, indispensable, para cualquier plan de salud mental, identificar a personas y grupos humanos en riesgo, así como aquellos factores sociales que puedan, de algún modo, beneficiar o perjudicar la salud mental de la población.

Por otra parte, esas acciones guardan una relación estrecha con las posibilidades económicas, conceptos éticomorales, características culturales, criterios sobre salud y enfermedad y aspiraciones de las personas y grupos humanos, cuyas relaciones con su entorno, no siempre se conjugan armónicamente con sus expectativas, como sucede con inmigrantes y refugiados.

Aunque muchos de esos indicadores (no todos) pueden ser recogidos en los ejes adicionales, no constituyen un diagnóstico en sí mismos en los S.T.A., ni se enfatiza en un primer plano su significación, al ser considerada dicha información como "adicional".

No obstante, el buen uso de los manuales disponibles puede resultar muy útil y constituir la simiente de futuros esfuerzos más específicos, lo que además es mandatorio ante la ausencia de instrumentos taxonómicos especialmente diseñados para esos fines, e incluso de una experiencia lo suficientemente prolongada y decantada sobre la cual elaborar criterios.

El GC-3 denomina los ejes destinados a recoger esa información "complementarios", apelativo que, sin ser óptimo, realza un poco más su significado que el de "adicionales".

La inclusión de un eje (IV) para resaltar la individualidad del sujeto evaluado de manera integral, así como de un quinto, para recoger sus necesidades y mecanismos psicopatogénicos, y de un sexto donde, junto a hallazgos biológicos, se incluyen -entre otros factores- las situaciones de riesgo (como el de abuso de sustancias o de suicidio, por ej.) representa un intento (insuficiente aún) por facilitar el registro de características indispensables para un diagnóstico integral al hombre en sus dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual.

Por último, existen en el mundo centenares de hombres de ciencia con enfoques similares o diferentes (incluso totalmente contrarios) a los aquí expuestos, cuyos criterios y experiencias están insuficientemente divulgados.

La aparición de Glosarios Nacionales como los cubanos y chinos, por ejemplo, y regionales como la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) enriquecerán enormemente el caudal de conocimientos taxonómicos y facilitarán el camino hacia una psiquiatría realmente universal.

Esto es de particular importancia para las naciones del Tercer Mundo, muchas de las cuales, no obstante contar con profesionales calificados, siguen "importando" criterios y prácticas nor-occidentales, aun a sabiendas de que no se ajustan plenamente a sus necesidades.

No se trata, como dijera el Profesor Carlos Acosta de desdeñar lo mucho que de los países desarrollados podemos aprender y utilizar, sino de encauzar dichos aportes hacia las vías de desarrollo propias de nuestra realidad.

Probablemente, el promover el desarrollo y divulgación de los puntos de vista de nuestros clínicos e investigadores, para enriquecer la psiquiatría en general, definir mejor lo que de universal hay en ella y armonizarlo con los aspectos de carácter individual o regional, es la razón fundamental por la que se justifica la existencia de versiones regionales de la CIE.

Algunas características del GC-3

El Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (GC-3 no es un sistema taxonómico paralelo a la CIE-10 (cap. V), sino su versión cubana.

En su elaboración se ha concebido el criterio de lograr el máximo de similitudes con un mínimo de diferencias.

La estructura y el sistema de codificación de la CIE-10 han sido escrupulosamente respetados, e introducidos los aportes y cambios a través de quintos dígitos o mediante el uso de espacios dejados en blanco por la CIE-10, de manera que la información sea totalmente intercambiable.

Enfasis especial se puso en ser, tanto como fue posible, fieles al espíritu de la CIE-10 y en respetar y conservar las informaciones y criterios contenidos en el manual oficial de la OMS.

Cuando se juzgó necesario introducir informaciones o subcategorías adicionales, se recurrió -por lo general- a acápites de información específica y al uso de quintos dígitos, o de categorías no ocupadas en el capítulo V de la CIE-10.

Como versión de la CIE-10, el GC-3 se adscribe a los requerimientos diagnósticos de ese manual* (ver uso del manual), y se señala en cada entidad, además, la forma en que ésta es conceptualizada por el DSM-IV y los Criterios Diagnósticos para Investigación (C.D.I.) de la CIE-10, con el fin de ofrecer a los usuarios una visión del diagnóstico desde diferentes puntos de vista.

* En la mayor parte de las categorías y subcategorías, los criterios diagnósticos del GC3 son compatibles con los de investigación (CDI) de la CIE-10.

USO DEL MANUAL

En primer lugar, queremos aclarar que **tanto este manual como cualquier otro debe ser instrumento y no sustituto del conocimiento del clínico. Quien hace el diagnóstico es él y no el glosario**, el cual puede ayudarlo en su labor, pero no convertirse en una camisa de fuerza que lo obligue a diagnosticar de una u otra manera.

Se recomienda a los usuarios llegar al diagnóstico por una evaluación global e integral al paciente (que, por supuesto, incluye los elementos de juicio contenidos en las pautas diagnósticas).

El clínico debe comprobar después si su diagnóstico satisface o no los requerimientos de aquellas.

El GC-3 reconoce el derecho del clínico a sustentar su diagnóstico, aun cuando las pautas diagnósticas no estén satisfechas, aunque recomienda que esto debe ser excepcional y reservarse para especialistas de experiencia. No obstante, la no satisfacción de las pautas diagnósticas se aclarará mediante el uso de las siguientes siglas:

D.N.P.(diagnóstico no pautado) si no se han satisfecho los requisitos diagnósticos de la clasificación internacional, o estos no han podido ser revisados.

El formular 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 porque no se ha explorado bien la presencia de algunos de los requerimientos diagnósticos, o debido a que la información disponible es insuficiente.

Debe tenerse en cuenta que algunos pacientes (con depresión, 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 (para las circunstancias del entorno existencial del sujeto diagnosticado) se considerará que cumple los requisitos diagnósticos.

Sólo es obligatorio hacer referencia al cumplimiento de los indicadores de la CIE-10 de uso clínico, pero si así se desea se puede señalar la satisfacción de las pautas de otros sistemas.

Ejemplos:

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

Se da por sentado que en este caso están satisfechas las pautas de la CIE-10 uso clínico.

La sección dedicada a trastornos mentales cuenta con 10 categorías principales. El primer dígito la letra F identifica todos los trastornos de este capítulo, 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 guarismos y el quinto suele ser utilizado para codificar frases calificativas, aunque excepcionalmente se use con los mismos objetivos que el cuarto.

La estructura del GC-3 es la siguiente:

EJE I DIAGNOSTICOS.

EJE II DISCAPACIDADES.

EJE III FACTORES AMBIENTALES Y PERSONALES
(ADVERSOS).

EJE IV OTROS FACTORES AMBIENTALES Y PERSONALES.

EJE V MECANISMOS Y NECESIDADES PSICOPATOGÉNICOS.

.EJE VI OTRAS INFORMACIONES SIGNIFICATIVAS.

El eje I contendrá todos los diagnósticos tanto psiquiátricos como somáticos. Cuando un paciente, en el que no se detecte ningún trastorno mental, consulte por una situación codificable en otro eje (código Z, 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:

Diagnóstico principal F32.0 Episodio Depresivo leve

Otros diagnósticos F11.0 Intoxicación alcohólica aguda.

K25 Úlcera péptica.

Los nombres de algunas categorías y subcategorías han sido sustituidos por otros de más aceptación en Cuba. Cuando esto se ha hecho se ha mantenido dentro de un doble paréntesis el nombre original de la CIE-10, en la lista general de categorías.

En general, se aconseja utilizar el enunciado del GC-3, 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.

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 llamamiento 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 el manual harán uso del .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 Diagnóstico principal: F30.0 hipomanía
Otros diagnósticos: 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.

Eje V No fue explorado.

Eje VI 4. Puntuación (actual) en la escala de funcionamiento general: 51.

Nota: El término subcategoría se utiliza para denominar los rubros que identifican un diagnóstico específico; se corresponden con las "categorías" de 4 dígitos como F20.0 esquizofrenia paranoide.

Las instrucciones para el uso de las categorías infanto-juveniles (F7 a F9) están contenidas en la introducción a esos capítulos.

Para el uso de los ejes II al VI, ver capítulo de ejes complementarios.

ABREVIATURAS MÁS USADAS.

OMS	Organización Mundial de la salud
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
GC (1-2-3):	Glosarios Cubanos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (cap. V).
DSM (III, III R y IV):	Manuales de Diagnóstico y Estadísticas de la American Psychiatric Association
CDI	Criterios Diagnósticos para Investigaciones (CIE-10).
SOE (o SAI):	Sin Otra Especificación.

DEFINICION DE TERMINOS Y PRECISION DE CATEGORIAS

PSICOSIS:

La distinción entre un nivel psicótico de funcionamiento y otro no psicótico, resulta fundamental por sus implicaciones en el orden terapéutico (ingresos o no, necesidad de vigilancia estricta, utilización de tratamientos enérgicos, toma de decisiones, etc.), y aún más en el orden legal (capacidad para ejercer la patria potestad sobre los hijos, elegir o rechazar el internamiento, imputabilidad de delitos cometidos, validez de los testamentos o transacciones comerciales, etc.)

El término psicosis (PSICOTICO) será definido como un nivel de funcionamiento psicológico condicionado por una o más de las siguientes características.

- 1) Pérdida del contacto con la realidad dada por deformaciones groseras de ésta: ideas delirantes o alucinaciones capaces de determinar o influir poderosamente en el comportamiento del paciente.
- 2) Incapacidad para llenar las demandas básicas de la vida, depender para subsistir o evitar situaciones catastróficas del control y ayuda de terceras personas.
- 3) Estilo de vida absurdo que distorsiona gravemente las relaciones con otras personas en modo tal, que se vulneran las normas más elementales de convivencia social.
- 4) Estados intensos de agitación o estupor.
- 5) Actitudes irresponsables o violentas que impliquen riesgos para la integridad física de personas o cosas (por carecer de la capacidad de percatarse de ello).
- 6) Comportamientos socialmente reprochables ajenos al modo de ser anterior del paciente, que pueden afectar significativamente su prestigio ante la sociedad o crearle importantes dificultades en las relaciones interpersonales (promiscuidad sexual, incesto, salir a la calle desnudo o ridículamente ataviado, etc.).

Esas manifestaciones deben representar un cambio significativo respecto a la conducta anterior del paciente.

FRASE CALIFICATIVA EN FASE PRODROMICA

El comienzo de un brote de esquizofrenia o de un episodio afectivo puede estar precedido por una fase prodrómica. Esos pródromos pueden ser síntomas atenuados o cambios más o menos inespecíficos en la forma de comportarse de la persona.

Hay pacientes que tienen manifestaciones típicas antes de cada brote, que pueden consistir en cambios no catalogables como síntomas y que no serían llamativos, de no ser por el hecho, de que se conoce que anuncian la llegada inminente de un brote psicótico o afectivo, que, en ocasiones, puede ser abortado por una terapéutica oportuna.

El GC-3 ofrece la posibilidad de codificar esa situación mediante un quinto dígito, con la frase calificativa "en fase prodrómica".

Ejemplo:

F20.07 Esquizofrenia paranoide episódica en fase prodrómica.

DESARROLLO NEUROTICO

Las neurosis, junto con las reacciones situacionales (criterios CIE-9) son probablemente los dos diagnósticos más frecuentemente realizados en Cuba en la psiquiatría ambulatoria, y en general, ha habido un grado elevado de concordancia en cuanto a que en ellas (las neurosis) debían ser incluidos los pacientes con diversas constelaciones sintomáticas (las mismas descritas en la categoría 300 de la CIE-9), no debidas a la acción de estresores actuales, de evolución prolongada y habitualmente tórpida, y en los cuales se evidencia la existencia de necesidades afectivas hipertrofiadas o desviadas y la utilización de mecanismos psicológicos inadaptativos.

La presencia de un desarrollo neurótico de la personalidad, desde etapas tempranas de la vida, era exigida o no con menos homogeneidad, y por supuesto, existían grandes discrepancias respecto a la naturaleza íntima (patogenia) de esas afecciones.

Con apoyo en el hecho de que muchos psiquiatras cubanos (sobre todo aquéllos más estrechamente dedicados a la práctica de la psicoterapia) no están dispuestos a desechar el concepto de neurosis (en el sentido en que ya fue expresado en párrafos anteriores), y la conveniencia de estimular el estudio, descripción y ordenamiento de las alteraciones que a nivel psicológico (necesidades y mecanismos inadaptativos) tienen lugar en los trastornos mentales (independientemente de que sean factores causales o mecanismos patogénicos secundarios a éstos), en el GC-3 se ha elaborado una fórmula, para que aquellos clínicos que así lo estimen conveniente puedan conservar el criterio de neurosis, en los términos operativos descritos y codificarlos con un quinto dígito, mediante el uso de la frase calificativa "con desarrollo neurótico", la cual permitirá establecer la relación entre cuadros incluidos en distintas subcategorías (trastornos fóbicos, obsesivos, disociativos, etc.), y dentro de cada una de ellas, distinguirlas de aquellos pacientes rubricables allí, según los indicadores de la CIE-10, pero que no tienen las siguientes características:

CARACTERISTICAS DEL DESARROLLO NEUROTICO

- a) Presencia de constelaciones de síntomas que satisfacen los criterios diagnósticos de la CIE-10, para los trastornos equivalentes a los antiguamente contenidos en la categoría 300 (neurosis) de la CIE-9.
- b) Evolución prolongada.
- c) No son causadas (aunque pueden ser precipitadas o agudizadas) por estresores actuales.
- d) Presencia de necesidades afectivas hipertrofiadas o aberradas y de mecanismos psicológicos inadaptativos (ver eje V) como motor esencial de su comportamiento anormal.

Esos mecanismos (dificultad en la toma de decisiones, inhibiciones paralizantes, expectativas irracionales, etc.), deben cumplir los requisitos referidos en la introducción al eje V, tener una presencia mantenida, no sólo en período de exacerbación sintomática, y ser lo suficientemente intensos como para interferir significativamente con la capacidad de adaptación del paciente a su entorno; generalmente ocurren sin que aquél se percate de su existencia, y son considerados egodistónicos cuando espontáneamente o durante la psicoterapia son identificados por el paciente.

- e) La identificación de un desarrollo neurótico temprano de la personalidad no es absolutamente imprescindible, pero su presencia es de gran significación diagnóstica.

CONCEPTO DE "ORGANICO"

Aun persisten en psiquiatría posiciones psicogenistas y organicistas a ultranza, que, en el primer caso, virtualmente prescinden de la fisiogénesis cerebral, y en el segundo, hacen de ésta el todo de la actividad mental, no obstante el hecho de que es bien conocido que:

- a) Un cerebro normalmente desarrollado es imprescindible para la producción del fenómeno psicológico humano.
- b) Los estudios sobre fisiogénesis y patogénesis del cerebro han dejado establecida sin lugar a dudas, la mediación de dicho órgano en toda actividad psíquica.
- c) El cerebro humano, substrato orgánico de portentosas hazañas intelectuales gracias al extraordinario desarrollo de sus potencialidades cognoscitivas y afectivas, es al nacer el hombre, un instrumento sumamente imperfecto, apenas apto para realizar las más elementales funciones para preservar la vida, pero contentivo de infinidad de capacidades latentes, entre las cuales **no se encuentra** la de poder desarrollarlas sin una estimulación psicoambiental adecuada.
- d) Existe una rica interrelación dialéctica entre los factores orgánicos (anatomofisiogénesis del cerebro) y aquéllos de índole psicosocial (experienciales), de manera tal que ni se puede asimilar óptimamente la estimulación ambiental recibida sin un cerebro básicamente sano,

ni aspirar a poseerlo sin un entorno cognitivo-afectivo apropiado para su maduración y desarrollo.

Todo fenómeno mental es, a la vez, orgánico y experiencial, pero puede ser causado o estar más influido por factores de una u otra índole, por lo que cuando las causas y mecanismos de producción de un trastorno son conocidos, es válido clasificarlo de acuerdo con la naturaleza de su origen, sin hacer negación de su carácter integral.

Dado que, en psiquiatría, tal conocimiento (bases patogénicas), se han logrado sólo en un reducido grupo de síndromes clínicos causados por alteraciones anatómicas del cerebro. Tales trastornos han recibido clásicamente, el calificativo de "orgánicos"; hecho éste no exento de inconveniente, ya que el término orgánico puede interpretarse de muchas formas diferentes.

Esto ha llevado a un mal uso del vocablo al interpretarlo (o temer a su mala interpretación) no en un sentido restringido, sino en toda la amplitud semántica del término, a lo que se suma la ambigüedad de su uso en psiquiatría (ver más adelante). Tanto la conveniencia de agrupar por separado esos cuadros, como las dificultades semánticas correspondientes, son reconocidas en el momento actual por los sistemas taxonómicos más importantes, los cuales las enfrentan con soluciones (a nuestro juicio) excesivamente pragmáticas, por la falta de una clara definición operativa del concepto de trastorno mental orgánico.

El DSM-IV, por ejemplo, se aclara, que el término Trastornos Mentales Orgánicos utilizados hasta el DSM-III-R no se utilizará más, debido a que "incorrectamente implica que los trastornos mentales no orgánicos no tienen una base biológica", lo cual crea más ambigüedades que las que pretende resolver, pues hace los términos orgánico y biológico sinónimos y deja el fenómeno psicológico como una "secreción" del cerebro, un ente propio del mundo inanimado o la generosa dádiva de una "fuerza superior".

La CIE-10 utiliza el término orgánico para la agrupación de dichos síndromes, y aclara que, operativamente, se refiere a un trastorno orgánico diagnosticable en si mismo y que no implica que los trastornos ubicados en otras categorías no tengan un "substrato cerebral", lo que aclara algo más las cosas; pero sigue sin definirse a que se llama substrato cerebral.

Si por los términos orgánico, biológico y substrato cerebral se entiende que el cerebro no es ajeno al trastorno, y que éste implica un funcionamiento anómalo primario o secundario de ese órgano, todos los trastornos mentales serían orgánicos.

Entendemos que la presunción de una actividad mental sin la mediación del cerebro es inadmisibles, y por lo tanto, resulta imposible que el término no orgánico se interprete como sin intervención del cerebro. Además, sería absurdo definirlo así, pues hablar de trastornos mentales de base orgánica en ese caso, sería tan redundante como hacerlo de mamíferos que maman.

Por lo tanto, usaremos el término trastorno orgánico para referirnos a los síndromes psiquiátricos cuyas manifestaciones actuales fundamentales son la consecuencia directa de una alteración anatomofisiológica conocida del encéfalo, que implica una merma intrínseca de su capacidad de servir de sostén a una actividad mental normal, hecho éste que los diferencia de aquellas entidades en que la armonía funcional del cerebro se ve alterada por una sobre carga de estrés o un aprendizaje anormal, que bloquea las capacidades fundamentales del órgano del psiquismo sin destruirlas.

Esto no elimina, por supuesto, la posibilidad de que algunas de las afecciones que hoy se diagnostican en otras secciones puedan tener una causa "orgánica" aun desconocida.

Para denominar a estos trastornos, en el GC3 se utiliza el término "de base orgánica conocida" el que se ajusta plenamente a los criterios antes expresados.

SINDROMES ENCEFALICOS ORGANICOS AGUDOS (S.E.O.A.)

Llamamos síndromes encefálicos orgánicos agudos (S.E.O.A) a un conjunto de agrupaciones sintomáticas, que satisfacen los criterios enumerados a continuación, y que pueden ser provocadas por distintos agentes causales.

Características de los S.E.O.A.

- 1) Reúne los requisitos generales de los síndromes encefálicos orgánicos.
- 2) Alteración primaria del nivel de vigilia, con toma secundaria (en relación con la intensidad de aquélla) de la memoria, atención, orientación y comprensión.
- 3) Naturaleza potencialmente reversible.

Esas manifestaciones pueden ser la única expresión de los S.E.O.A. como en los casos de obnubilación simple de la conciencia, o acompañarse de alucinaciones e ilusiones, ideas delirantes y trastornos de la afectividad y la conducta, como en los casos de *delirium* o estados crepusculares.

Los procesos del pensamiento suelen verse también afectados en mayor o menor grado, según la profundidad del trastorno.

Puede observarse simplemente cierta lentitud del pensamiento, con dificultades para coordinar las ideas, o existir alteraciones más complejas, con una incapacidad para percibir y decodificar la aferencia sensorial e integrarla en un contexto coherente con la realidad, e incluso, un estado de coma.

La facultad para rechazar lo absurdo, distinguir la realidad de la "fantasía" (alucinaciones, ideas falsas), y lo posible de lo imposible, puede estar seriamente comprometida, de manera tal que el paciente (al igual que ocurre durante los sueños) puede establecer juicios o aceptar situaciones dadas *a priori* (sin ningún basamento lógico) o a partir de elementos aislados,

fuera de contexto o incompatibles entre sí, a lo que de manera operativa llamaremos lógica oniroide.

En el GC-3 se ha respetado el criterio del GC-2 de mantener las descripciones por separado de estado confusional (amencia o *delirium* sub-agudo) y *delirium*, y se conserva así una saludable tradición cubana y de muchos grandes maestros de la psiquiatría, de observar y describir exhaustivamente los síndromes psiquiátricos e individualizar aquéllos que pueden discriminarse desde el punto de vista fenomenológico.

Los Psiquiatras Cubanos sienten que nada se gana con dejar de distinguir dos cuadros fenomenológicamente distintos, aun cuando formen parte de un todo único. También son distintos grados de un mismo proceso, un ataque de asma y un *estatus* asmático, una insuficiencia cardíaca discreta y un edema agudo del pulmón, y no por eso son la misma cosa.

Con base en esto, en el GC-3, la categoría F05 se denominará Estado Confusional o de *Delirium* no inducido por alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Al clasificar al paciente, el clínico hará uso de uno u otro término, según el cuadro sintomático que haya presentado el paciente. Se dará prioridad al *Delirium* cuando haya estado presente o existan dudas entre uno y otro.

DELIRIUM

Trastorno cerebral orgánico agudo, de nivel psicótico, con una alteración en la viveza y claridad de la conciencia calificada como: obnubilación, alteración del nivel de vigilia, reducción o turbación. Hay una activa producción de imágenes plásticas que engendran frecuentes ilusiones y vívidas alucinaciones. La actuación en el medio demuestra la existencia de una falsa orientación más que una desorientación simple. Es característica la hiperactividad, que puede llegar a una agitación extrema generalmente en concordancia con trastornos sensorio-perceptuales que determinan un estado afectivo exaltado, lleno de aprensiones y de miedo intenso. El pensamiento está ocupado por experiencias imaginarias que determinan ideas delirantes de contenido muy variado. Hay tipos especiales de *delirium* como el musitante y el profesional.

CONFUSION MENTAL

(Estado confusional, estado de confusión mental, *delirium* subagudo, amencia). Trastorno orgánico agudo de nivel psicótico, que evoluciona sobre un fondo de obnubilación fluctuante de la conciencia. Es característica la incoherencia del pensamiento, que afecta todos los procesos mentales; el discurso se hace fragmentario y las acciones desarticuladas, sin propósito y a menudo repetitivas. En momentos de relativa lucidez, las **fascies** denotan perplejidad, extrañeza o angustia, y se formulan preguntas tales como: ¿Qué sucede?, ¿Dónde estoy?, que revelan la existencia de una desorientación variable en intensidad.

El paciente se mueve excesivamente, pero a diferencia del *delirium* lo hace dentro de un espacio reducido, generalmente no abandona la cama. En el cuadro clínico no hay floridas alucinaciones, y si existen, son aisladas y fraccionadas.

ESTADO CREPUSCULAR

Psicosíndrome orgánico pasajero, caracterizado por una reducción del campo de la conciencia, que da lugar a una percepción "borrosa" y "opaca" del mundo exterior, que se corresponde con el estado de obnubilación de la conciencia, la desorientación global y la ausencia de los procesos de fijación y evocación mnémicos, que determina la amnesia posterior. La atención y la comprensión están prácticamente abolidas, por lo que la comunicación con el paciente se reduce a obedecer órdenes sumamente sencillas relacionadas con conductas muy estereotipadas, tales como comer o responder al nombre.

Sin embargo, su atención y conducta pueden adquirir un marcado tono afectivo y llegar a la agitación agresiva, como respuesta a vívidas alucinaciones, aunque el estado dominante es de retardo psicomotor. Suele tener un comienzo y final bruscos.

HOMOSEXUALISMO

La CIE-10 ha dado un "bandazo" en sus posiciones respecto a la homosexualidad en su 10ma. revisión, pasando de considerarla como algo obligatoriamente morboso (CIE-9) a contemplarla como necesariamente normal (CIE-10).

Muchos psiquiatras cubanos no se sienten satisfechos con ninguna de las dos posiciones, ya que ni la una ni la otra están avaladas por pruebas "científicas", y porque el sentido común enseña que rara vez la verdad se encuentra en los extremos.

No obstante, ha habido bastante consenso respecto a que poco o nada se ganaría científicamente con estimular el diagnóstico de Homosexualismo (como expresión de enfermedad), pues no habría manera exacta de definirlo, y por otra parte, no podría evitarse el marcar con el estigma de un padecimiento mental a sujetos sanos.

Por lo tanto, mientras no existan suficientes conocimientos para una definición de esa cuestión con base en razones estrictamente científicas se recomienda lo siguiente:

1) Cuando la homosexualidad no guarde relación alguna con los problemas que presente el paciente no será registrada en ningún eje.

2) Cuando debido a su condición de homosexual, el paciente presente dificultades con su entorno (que no satisfagan las pautas de ningún trastorno codificable en el eje I), estas últimas serán recogidas en el eje III Factores **Psicoambientales Adversos, sin hacer mención del homosexualismo.**

Ejemplo:

Eje I Sin Trastorno Mental Manifiesto.

Eje III Dificultad con el estilo de vida (describirla).

3) Cuando, por las dificultades relacionadas con su homosexualidad u otra causa ajena a ésta, el paciente presentara un trastorno codificable en el primer eje, aquél se registraría en él y las dificultades con su entorno en el tercero.

Ejemplo:

Eje I Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Eje III Dificultades (especificar cuál) con el grupo primario de apoyo.

4) Cuando el homosexualismo, por sí sólo, sea la causa de consulta (menores traídos por sus padres, asuntos legales, por ejemplo) será recogido en el eje III y se señalará en el eje I si tiene algún trastorno psiquiátrico codificable. En caso contrario, se utilizará en aquél el enunciado "sin trastorno psiquiátrico manifiesto "

No obstante, si se considera que el patrón de conducta homosexual es causado por el trastorno codificado en el eje I no se recogerá dicho patrón en ningún eje.

También podría ubicarse el homosexualismo en el eje IV si se presume que no influye negativamente en las posibilidades de interacción social del sujeto.

5) La homosexualidad egodistónica (siempre que el rechazo sea a la homosexualidad en sí y no a sus consecuencias) será codificada en F66.1 orientación sexual egodistónica.

Nota: Todo lo referido a homosexualidad es aplicable a los casos de bisexualidad.

AFEMINAMIENTO Y MASCULINIZACION

El hecho de tener comportamientos, maneras y preferencias propias del sexo opuesto es una causa frecuente de contacto con los servicios de salud en nuestra cultura.

Tal situación suele devenir causa de asistencia psiquiátrica debido a que el afeminamiento y la masculinización suelen ser vistos como algo anormal, o al menos no deseable por los padres de los niños, y como motivo de rechazo por sus pariguales (a veces también por los padres y otros familiares).

Esos niños se ven frecuentemente aislados en el barrio o la escuela por sus compañeros, que los discriminan de manera espontánea o por la presión de los padres o del grupo. Frecuentemente (sobre todo los varones) son objeto de burlas y agresiones por otros niños y

no raramente viven bajo el "hostigamiento" de sus tutores, que tratan de obligarlo a cambiar su comportamiento.

Por otra parte, los padres, con el derecho y el deber de educar a sus hijos dentro de los patrones ético-morales y comportamentales que consideren adecuados, suelen llevar al niño a los servicios de salud por el sólo hecho de ser afeminado o masculinizada.

Cuando no exista otra razón que justifique la intervención del equipo de salud, dicha condición será recogida en el eje III Factores Psicoambientales Adversos. También se registrarán allí los problemas que esa situación haya generado en su núcleo de atención primaria, estilo de vida, escolarización, etc., siempre que no satisfagan los criterios de ningún trastorno codificable en el eje I "Diagnósticos".

Ejemplo:

Eje I Sin Trastornos Psiquiátricos.

Eje III Masculinización.

La masculinización y el afeminamiento podrían ser registrados en el eje IV "Otros Factores Psicoambientales" si de la entrevista con los padres y del estudio al menor se desprende que esa condición no está afectándolo negativamente, aun cuando cierto grado de asesoramiento a la familia resulte necesario.

Si como consecuencia del estrés provocado en el niño por las consecuencias de su comportamiento se han producido trastornos psiquiátricos o si la masculinización o afeminamiento estuviese asociado de manera casual a una condición codificable, en el primer eje, esos trastornos se registrarían en él y el patrón conductual afín al sexo opuesto, (de ser oportuno hacerlo), en el eje III ó IV, según sea el caso.

SITUACION DE RIESGO SUICIDA. (síndrome presuicidal)

Hay una serie de elementos clínicos y socio-demográficos que evidencian el riesgo suicida en un paciente. Los miembros del equipo de salud mental deben estar alertas para detectar la presencia de esas manifestaciones que preceden a un acto suicida, ya que esto les permitirá prevenirlo.

Acto suicida: Todo hecho por el que un individuo intencionalmente se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil.

Suicidio: Acto suicida con desenlace mortal.

Intento Suicida: El mismo acto cuando no causa la muerte.

Los principales elementos que deben valorarse y cuya presencia evidencia riesgo suicida son:

1. Edad: Mayores de 60 años o adolescentes.
2. Sexo: El suicidio es más frecuente en los hombres, y el “intento” en las mujeres.
3. Estado Marital: Las personas sin pareja tienen más riesgo (solteros, viudos).
4. Procedencia: Mayor riesgo en medio urbano.
5. Presencia de trastornos mentales, especialmente la depresión.
6. Antecedentes de intentos suicidas, (especialmente si no se solucionó el conflicto que lo provocó).
7. Historia familiar de intentos suicidas o suicidios.
8. Toxicomanía o enfermedad física asociada (especialmente si es causa de invalidez o dolor crónico).
9. Comunicación de la intención de suicidarse, especialmente si existe un plan suicida.
10. Consulta médica en los cuatro meses anteriores al acto suicida.
11. Marcada ansiedad e insomnio.
12. Cese brusco de la ansiedad en un cuadro depresivo o delirante grave.
13. Ideas de autoreproche, minusvalía y desesperanza.
14. No tener hijos.
15. Vivir solo.
16. Ausencia o débil presencia de la red de apoyo social.
17. Modificación de la conducta en relación con su patrón de vida habitual anterior (deja de comer, se aísla, abandona las ocupaciones, etc.).

Principales cambios efectuados por la CIE-10 y el GC3 con respecto a sus versiones sobre la 9na. revisión del capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

En la CIE-10 se han introducido cambios de significación respecto a la CIE-9. Como quiera que el GC-3, no es más que la CIE-10, adaptada a las cualidades específicas del entorno y forma de concebir la salud mental y sus desviaciones por parte de los clínicos cubanos, esos cambios han sido incorporados, aunque no siempre de idéntica forma.

También se ha recogido en el GC3 una amplia variedad de aportes y modificaciones al manual internacional (CIE-10), lo cuales serán sucintamente comentados en este capítulo.

Con base en la estrategia de lograr un máximo de similitudes y un mínimo de diferencias con el manual oficial de la OMS, en el GC3, se han conservado la estructura, el sistema de codificación y la esencia de las descripciones y criterios diagnósticos de aquél (ver capítulos de introducción y uso del manual).

Algunos ajustes menores en cuanto a terminología y redacción, así como pequeñas modificaciones, adiciones u omisiones al texto de la CIE-10, que por su poca trascendencia no tienen mayor significación, han sido realizados, pero no se consideran relevantes ni serán señalados en este capítulo.

En primer lugar, se resumirán las diferencias más importantes entre las revisiones 10ma. y 9na. del capítulo V de la CIE-10, y se señalarán las modificaciones efectuadas al incorporarlas al GC3, si las hubiera. 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 asimiladas por el GC-3.

Entre los cambios más significativos introducidos en la CIE-10, se encuentran:

- Utilización de un sistema alfa numérico (ver uso del manual) 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. Las ventajas, inconvenientes y soluciones a esto último, son comentados en los capítulos de Introducción y Uso del Manual de esta obra. págs. 1 y 9

En la CIE-10, para uso clínico, se aclara que estas "pautas para el diagnóstico" deben ser utilizadas con cierto grado de flexibilidad por el clínico (sobre todo en lo que a la duración de las manifestaciones sintomáticas se refiere), y pueden aceptarse como válidas pequeñas desviaciones de los patrones establecidos.

El uso de los calificativos "seguro" (las pautas diagnósticas están plenamente satisfechas), o en caso contrario, "provisional" o "probable" (según se estime factible o no la recepción de información adicional que asegure o descarte el diagnóstico), es sugerido en dicho manual.

En el GC3, se va un poco más allá (ver uso del manual) y se le concede al criterio del clínico la función rectora en el proceso diagnóstico (ver pág. 9).

- La "familia" de las versiones de la O.M.S. para esta 10ma. revisión del capítulo V de la CIE consta de varios manuales, con propósitos específicos, y existen, entre otras, una versión para uso clínico, otra para investigaciones (CDI-10), un sistema multiaxial y una simplificada para la asistencia primaria.

El primero de esos manuales (CIE-10 de uso clínico) cubriría las demandas asistenciales, docentes y administrativas. También se ha previsto su utilización en aquellos proyectos de investigación que no requieran de una restricción de criterios más rigurosa que la de sus pautas diagnósticas.

El GC-3, por el contrario, es un manual multipropósito, que debe ser empleado para todos los usos (excepto investigaciones que requieran una discriminación muy rigurosa, y en las cuales se hará uso de los CDI de la CIE-10).

Con tales fines, el GC3 ha sido dotado de un sistema multiaxial, de amplias descripciones, y (en muchos casos) de capítulos de información general sobre los trastornos en él clasificados.

Además, se ha diseñado para que sus pautas diagnósticas se correspondan con las de los CDI, excepto cuando se estimó que el grado de complejidad de esas pautas resultaba engorroso para su uso en la práctica clínica. Aún así, dichos criterios fueron también recogidos o comentados (ver algunas características del GC3).

- La agrupación de los trastornos mentales en dos grandes categorías, según sea psicótico o no su nivel de funcionamiento psicológico (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 en 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 (en la CIE-10) para indicar la presencia de dicho nivel de funcionamiento, con base en la presencia de **ideas delirantes, alucinaciones, gran excitación o hiperactividad, manifestaciones catatónicas y aislamiento social grave y prolongado (no debido a depresión o ansiedad).**

En el GC3, se utiliza una definición más amplia, que incluye a todos los pacientes que presenten ese nivel de funcionamiento, independientemente de la causa. (Ver Psicosis, pág. 13)

De modo similar, en la CIE-10, el término "neurótico" se usa para el encabezamiento de la categoría F40-F48 (Trastornos neuróticos ...) y ocasionalmente con otros fines, sin que se le defina en ningún sentido, con lo que los términos neurosis y neurótico pierden su connotación, tanto como definidor de un nivel específico de funcionamiento (el segundo), como de categoría agrupadora de ciertas afecciones mentales con características comunes (las neurosis).

En el GC-3, se han buscado fórmulas de avenencia, para preservar el concepto de neurosis, sin contradecir el enfoque de la CIE-10. (Ver frase calificativa "con desarrollo neurótico", págs. 14, 15)

- El manual de la OMS utiliza ampliamente el término **trastorno**, debido a que su ambigüedad tolera la inclusión en él de múltiples cuadros clínicos, independientemente de sus causas, y sin hacer alusión, necesariamente, al carácter morboso o no de esas "desviaciones".

Aunque en el GC3 ha sido incorporado dicho vocablo, que es también muy usado en ese contexto, se utilizan además los términos síndrome y enfermedad, cuando la alteración descrita se ajusta a su significado, ya que, no obstante las ventajas de su ambigüedad (y precisamente como consecuencia de ella), la palabra "trastorno" resulta inadecuada cuando se requiere precisión. Por otra parte, su adjetivo "trastornado" tiene una connotación francamente peyorativa en nuestro medio.

- La palabra "delirio", ha sido excluida de la versión española de la CIE-10, 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 con el empleo del vocablo "delirio" para el segundo caso, no hay manera de usar, de forma inequívoca, su adjetivo "delirante", también excluido de la versión antes mencionada de la CIE-10, donde se utiliza en su lugar el término "ideas delirantes", o "de ideas delirantes", según sea el caso

En el GC-3, al igual que en sus antecesores (GC-1 y GC-2), el estado confusional de base orgánica es siempre denominado *delirium* y el término delirio indica la presencia de ideas delirantes de cualquier origen. Tampoco se desecha del todo el adjetivo delirante, el cual es utilizado para flexibilizar la redacción, cuando, en el contexto en que se emplea, su significado está fuera de toda duda.

- Términos como dislexia y autismo, no son utilizados en la CIE-10 por las diferentes connotaciones con los que han sido empleados.
- El uso de diagnósticos psiquiátricos múltiples (cuando sea pertinente) es aconsejado por la O.M.S., así como el registro de las enfermedades (somáticas), correspondientes a otros capítulos de la CIE, y de aquellas situaciones, que sin constituir en sí mismas

trastornos, influyen en el contacto entre el equipo de salud mental y sus usuarios (códigos Z). Ver ejes adicionales de este manual (GC-3).

- La CIE-10 tiene un enfoque básicamente fenomenológico, que evita (en lo posible), en sus descripciones, pautas diagnósticas y ordenamiento de los trastornos mentales, toda especulación fundada en los puntos de vista de las distintas escuelas psicológicas o en presuntas bases patogénicas.
- Numerosos cambios han sido introducidos en cada una de las diez grandes categorías de tres dígitos contenidas en la CIE-10. Dado que dichas modificaciones son explicadas en las introducciones a cada una de ellas, no vamos a exponerlas en este capítulo, sino remitir al lector interesado en la búsqueda de más detalles, a los acápites introductorios (tanto de la CIE-10 como del GC-3) antes mencionados.
- Aquellos síndromes propios de determinadas culturas ("síndromes culturales"), serán clasificados dentro de la CIE-10, según el código equivalente más apropiado (trastorno de ansiedad, depresivo, de adaptación, etc.), y se señalará, además, el "trastorno cultural" específico de que se trata.

En el GC-3 se aclara que, en tales circunstancias, no se hará uso de las siglas DNP (Diagnóstico No Pautado), que deben, en ese manual, identificar los diagnósticos que no se ajustan a los requerimientos de las pautas para el diagnóstico de la CIE-10 (ver uso del manual).

Dos trastornos, codificados antes (CIE-9) en los Trastornos de la Personalidad: la ciclotimia, y el trastorno esquizotípico aparecen ahora (CIE-10) entre los trastornos afectivos y la categoría F20-F29, respectivamente.

MODIFICACIONES Y APORTES A LA CIE-10 (CAP.V) CONTENIDAS EN EL GC-3

Aspectos Generales y Conceptuales

- Definiciones, comentarios y criterios sobre los términos:
 - Psicosis. pág. 13
 - Orgánico. pág. 15
 - Estado confusional. pág. 18
 - Delirium* pág. 18
 - Estado crepuscular. pág. 19
- Comentarios sobre la relación entre los criterios diagnósticos del GC3 y los del DSM-IV y los CDI (CIE-10)

- Puntos de vista sustentados en el GC3 acerca de los **principios**, que deben regir los criterios generales sobre el diagnóstico y la taxonomía en Psiquiatría (**crítica a los Sistemas Taxonómicos Actuales**) págs. 1-8
- Registro, mediante el uso de los ejes complementarios, de las situaciones de riesgo y potencialidades de desarrollo de los pacientes y su entorno psicosocial. pág. 6
- Uso de las siglas **D. N. P.** (Diagnóstico no Pautado), para consignar que el diagnóstico fue hecho, sin consultar las pautas para el diagnóstico de la CIE-10, o sin que sus requisitos estuvieran satisfechos. pág. 9
- Descripción y clasificación de los S.E.O.A. pág. 17
- Reunión en un mismo capítulo (“Trastornos Habitualmente Diagnosticados Durante la Infancia y la Adolescencia”), con prólogo independiente de las categorías F70-F79, F80-F89, y F90-F99. págs. 275-277.

Adiciones incorporadas al GC3

- Frases calificativas:
Introducción de la frase calificativa **en fase prodrómica F2 y F3** págs. 13, 115, 125,128, 152, 153, 163, 170, 171
Introducción de la frase calificativa **con desarrollo neurótico (para ser usadas en las categorías F34 y F40-F48)** págs.14, 15
Introducción de la frase calificativa **diagnóstico presuntivo. (Cat. F01 a F03)** pág. 64
Introducción de la frase calificativa **Con complicaciones sociales (F1X.08) en la subcategoría Intoxicación aguda.** pág. 191
Introducción de la frase calificativa **de carácter reactivo F3** págs. 160,162, 174.
Introducción de la frase calificativa **en estructuración. F60-F69** págs. 245, 248.
- Introducción de pautas para el diagnóstico a las categorías:
F95 Trastorno de tics. Pág. 352
F95.0 Trastorno por tics transitorio. pág. 353.
F95.1 Trastorno por tics motores o fonatorios combinados. pág. 351.
F95.2 Trastorno por tics múltiples motores y fonatorios combinados (Gilles de la Tourette) pág. 354.
F98.3 Pica en la infancia y la niñez. pág. 357.
F98.5 Tartamudez (espasmofemia). pág. 359.
- Nuevas categorías y subcategorías:
F1X.81 – **Consumo riesgoso** pág. 107
F20.36 – **Esquizofrenia crónica indiferenciada** pág. 132
F20.80 – **Esquizofrenia infantil.** pág. 136

- F31.81 – Trastorno bipolar, en fase prodrómica (maníaca) págs. 13 y 170
- F31.82 – Trastorno bipolar, en fase prodrómica (depresiva) págs.13 y 171
- F33.81 – Trastorno depresivo recurrente, en fase prodrómica. págs. 13 y 177
- F41.21 – Trastorno mixto de ansiedad y depresión, con manifestaciones ansioso-depresivas ligeras págs.187 y 196
- F74 - Retraso mental de grado ligero a moderado. pág. 287
- F75 - Retraso mental de grado moderado a grave. pág. 287
- F76 - Retraso mental de grado grave a profundo. pág. 287
- F81.80 – Trastorno específico de la expresión escrita. pág. 321
- F93.80 - Trastorno de ansiedad generalizada durante la infancia y la adolescencia pág. 347
- F93.81 Trastorno de inadaptación neurótica pág. 348

Observaciones y criterios

- Uso taxonómico de los términos:
Homosexualidad pág. 19
Afeminamiento y masculinización pág. 20

MODIFICACIONES

- ***Modificación de las Frases Calificativas utilizadas para señalar las formas evolutivas de la Esquizofrenia:*** pág. 115
 - F20.X0 – Continua en brote psicótico
 - 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
 - F20.X9 – Forma evolutiva no especificada (se incluirán aquí aquellos pacientes con un período de observación menor de un año)

Cambios Semánticos:

Al confeccionar el **GC3**, se tuvo el cuidado de respetar, tanto como fue posible, los términos utilizados en la CIE-10 para denominar las distintas categorías diagnósticas en ella contenidas. No obstante, algunos cambios semánticos (varios de ellos provenientes de los Glosarios Cubanos anteriores), han sido incorporados al GC3.

Siempre que esto se hizo, se agregó, en la “Lista General de Categorías” de este manual [debajo de la denominación utilizada en Cuba], aquella con que la entidad afectada por el cambio aparece en la CIE-10.

Algunos de los cambios semánticos introducidos son muy sencillos, y se explican por sí mismos, por lo que no serán comentados. En otras ocasiones, por el contrario, se ha considerado pertinente exponer de forma breve las razones de esos cambios. En tales casos, se ha colocado al final del enunciado del cambio, el número de la página en que dicha modificación es comentada.

Principales cambios semánticos:

1. Sustitución del término ***Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos*** por ***Trastornos mentales de base orgánica conocida, incluidos los sintomáticos*** págs. 15-17
2. Sustitución del término ***Delirio (Estado de)*** por ***Confusional o de delirio (Estado)*** págs. 17-18
3. Sustitución del término ***Uso*** por: ***Consumo*** *, en las subcategorías de F10-F19
4. Sustitución del término ***Uso nocivo*** por ***Consumo perjudicial*** *
5. Sustitución de los términos ***Estado de (Abstinencia o Dependencia)*** por ***Síndrome de (Abstinencia o Dependencia)***.
6. Sustitución del término ***Trastorno delirante persistente*** por ***Trastorno de ideas delirantes prolongado***
7. Sustitución del término ***Trastorno del humor [afectivo]*** por ***Trastorno del estado de ánimo*** pág. 153
8. Sustitución del término ***Melancólica(o)*** por ***Somática(o)*** para caracterizar el tipo de depresión homónima y al grupo de síntomas que lo caracterizan. pág. 172
9. Sustitución del término ***Síntomas psicóticos*** por ***Con ideas delirantes y alucinaciones***
10. Sustitución del término ***Trastornos fóbicos de ansiedad*** por ***Trastornos de ansiedad fóbica***.
11. Sustitución del término ***Anestesia disociativa y pérdida sensorial*** por ***Anestesias y otras alteraciones sensoriales, Disociativas***.
12. Sustitución del término ***Síndrome de despersonalización y desvinculación de la realidad*** por ***Síndrome de despersonalización-desrealización*** *
13. Sustitución del término ***Puerperio*** por ***Periodo grávido-puerperal*** pág. 238
14. Sustitución del término ***Juego patológico*** por ***Ludopatía*** *
15. Sustitución del término ***Hurto patológico*** por ***Cleptomanía*** *
16. Sustitución del término ***Transvestismo de rol dual*** por ***Transvestismo no fetichista*** *
17. Sustitución del término ***Retraso mental leve*** por ***Retraso mental ligero*** *
18. Sustitución del término ***Otros tipos de retraso mental*** por ***Retraso mental de otro grado especificado***
19. Sustitución del término ***Retraso mental no especificado*** por ***Retraso mental de grado no especificado***

* Se prefirió este término por ser el más aceptado y conocido entre los psiquiatras cubanos

20. Sustitución del término ***Trastorno de la recepción del lenguaje*** por ***Trastorno de la comprensión del lenguaje*** (por ser el primero demasiado impreciso)
21. Sustitución del término ***Trastorno hipercinético de la conducta*** por ***Trastorno hipercinético disocial*****
22. Sustitución del término ***Trastorno de conducta*** por ***Trastorno disocial*****
23. Sustitución del término ***Trastorno de la conducta limitado al contexto familiar*** por ***Trastorno disocial limitado al contexto familiar*****
24. Sustitución del término ***Trastorno de la conducta insociable*** por ***Trastorno disocial en niños no socializados*****
25. Sustitución del término ***Trastornos de la conducta sociable*** por ***Trastorno disocial en niños socializados*****
26. Sustitución del término ***Otros trastornos de la conducta*** por ***Otros trastornos disociales***
27. Sustitución del término ***Trastorno depresivo de la conducta*** por ***Trastorno disocial y depresivo*****
28. Sustitución del término ***Trastorno de vinculación reactiva en la niñez*** por: ***Trastorno reactivo de la vinculación en la niñez****
29. Sustitución del término ***Farfulleo*** por: ***Tartaleo***.*

Cambios efectuados en el eje I

Categoría F00-F09 *Trastornos Mentales de Base Orgánica conocida, Incluidos los Sintomáticos*

Ver cambios semánticos 1 y 2

- Ampliación de las ***descripciones, y la información general***, sobre los:
 Síndromes encefálicos agudos. págs. 17, 54
 Síndromes encefálicos crónicos. pág. 54
- Instrucciones sobre el manejo flexible de la ***coexistencia de lesiones encefálicas y trastornos mentales***. pág. 55
- Registro de:
 Las reacciones psicológicas ante la organicidad. pág. 57
 Los rasgos orgánicos de la personalidad. pág. 57
- Ampliación de la descripción, e información general sobre Demencia pág. 57
 - en la enfermedad de Alzheimer. pág. 69
 - vascular. pág. 72
- Aclaración sobre la ***valoración del deterioro en los aspectos socio-familiares*** en el diagnóstico de una demencia. pág. 62
- No aceptación del diagnóstico de ***demencia en menores de 18 años*** pág. 63
- Introducción de la frase calificativa ***Diagnóstico Presuntivo***, en los pacientes con Demencias Leves (CDI) pág. 64

** Se prefirió esta dominación por ser precisamente el carácter disocial del comportamiento, la característica esencial de estos síndromes. El vocablo “Conducta” utilizado en el manual oficial de la OMS, resulta demasiado ambiguo e inespecífico para los fines con que aquí es empleado.

Categoría F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas.

Ver cambios semánticos 3, 4, y 5

- Introducción de un capítulo de **información general**. pág. 94
- Registro de **actitudes adictivas** no relacionadas con el consumo de sustancias. pág. 99
- Introducción de la frase calificativa **F1X.08 con complicaciones sociales**. pág. 101
- Introducción de la subcategoría **F1X.81 Consumo riesgoso**. pág. 107
- Recomendación de registrar las **situaciones de riesgo adictivo**. pág. 108
- Registro del **deterioro ético-moral** en el alcohólico. pág. 109

Categoría F20-F29 Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastorno de Ideas Delirantes.

- Ver cambio semántico 6
- Introducción de la frase calificativa F20.X7 **En Fase prodrómica**. págs. 13, 125
- Ampliación del **concepto y la información general** sobre la **esquizofrenia**. pág. 116
- Introducción del concepto **lógica oniroide**. pág. 119
- Introducción del concepto **contexto esquizofrénico**. págs. 120y125
- Introducción de comentarios sobre el comportamiento del paciente con esquizofrenia ante el **dolor físico y la enfermedad somática** pág. 124
- Posibilidad de **hacer el diagnóstico de esquizofrenia antes de transcurrir 30 días con síntomas psicóticos** en aquellos pacientes con un diagnóstico anterior (bien fundamentado) de dicho trastorno. pág. 125
- Modificación de las **Frases Calificativas para señalar la forma evolutiva en la categoría F20-F29 Esquizofrenia:** (ver también modificaciones pág. 28) pág. 129
- Definición de:
 - Defecto pág. 128
 - Remisión incompleta pág. 129
 - Remisión completa pág. 129
- Inclusión de la Esquizofrenia Crónica Indiferenciada. pág. 132
- Uso de un doble diagnóstico para registrar la **Depresión Post-Esquizofrénica**. pág. 133
- Introducción de criterios para **cambiar el diagnóstico de Esquizofrenia, en remisión con defecto estable** por el de **Esquizofrenia Residual**. pág. 135
- Inclusión de la **Esquizofrenia Infantil**. pág. 136
- Observación sobre la **resistencia al tratamiento** de los **Trastornos Delirantes Prolongados**. pág. 139
- Descripción de los **Estados Paranoides Simple e Involutivo y de la Parafrenia**. pág. 141

Categoría F30-F39 Trastornos del Estado de Ánimo.

- Ver cambios semánticos 7, 8 y 9
- Aceptación del diagnóstico **Neurosis Depresiva**, como:
 - F34.16-Distimia con desarrollo neurótico. (Neurosis Depresiva) págs. 14, 15 y 180

- Instrucciones sobre la **codificación de las depresiones con expresión sintomática mediada por la cultura**. pág. 26 y 156
- Introducción de un acápite de información general sobre las características de la **depresión durante la infancia y la adolescencia**. pág. 156
- Recomendación de hacer constar, en el enunciado de aquellos síndromes predominantemente depresivos, que se acompañen de ansiedad, la presencia de ésta. pág. 160
- Retirar el término **Depresión Reactiva**, del **Incluye** de las subcategorías F32.0 y F32.1 págs. 172 y 173
- Introducción de la frase calificativa **de carácter reactivo** págs. 152,160 y 174
 - F32.2 – Episodio depresivo grave, sin ideas delirantes ni alucinaciones .23 - de carácter reactivo. pág. 174
 - F32.3 – Episodio depresivo grave, con ideas delirantes o alucinaciones .33 - de carácter reactivo pág. 174
- Introducción de sendos acápites de información general sobre la **depresión**, pág. 153 y los **estados de exaltación afectiva**. pág. 160
- Criterios diagnósticos sobre:
 - Depresión Grave** pág. 159
 - Hipomanía** pág. 164
 - Manía** pág. 166
- Introducción de las subcategorías:
 - F31.81 –Trastorno bipolar, en fase prodrómica (maníaca) pág. 170
 - F31.82 –Trastorno bipolar, en fase prodrómica (depresiva) pág. 171
 - F33.81 –Trastorno depresivo recurrente, en fase prodrómica. pág. 177

Categoría F40-F49 Trastornos Neuróticos, Trastornos relacionados con el Estrés y Trastornos Somatomorfos.

- Ver cambios semánticos 10, 11 y 12
- Introducción de las **Neurosis** como subcategorías diagnósticas independientes y de **pautas para su diagnóstico**. (Ver “desarrollo neurótico”) págs. 187, 188,
- Recomendación de señalar, en el enunciado de aquellos trastornos predominantemente ansiosos, la presencia de depresión, cuando ésta esté presente. pág. 187
- Consideraciones sobre el proceder taxonómico en aquellos síndromes, en que coexistan, en iguales proporciones, la ansiedad y la depresión. pág. 187
- Modificación de la subcategoría F41.2 Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo, subdividida en:
 - F41.20 Trastorno Ansioso Depresivo, con manifestaciones mínimas págs. 187, 186
 - F41.21 Trastorno Ansioso Depresivo, con manifestaciones ligeras. págs. 187, 196
- Codificación de los distintos tipos de neurosis mediante el uso de la frase calificativa .X6 “con desarrollo neurótico”. pág. 187
 - F40.X6 Neurosis Fóbica.
 - F41.X6 Neurosis de ansiedad.

F42.X6 Neurosis Obsesivo-Compulsiva.
 F44.X6 Neurosis disociativa.
 F45.X6 Neurosis Hipocondríaca.
 F48.06 Neurosis Neurasténica.
 F48.X6 Neurosis de otro tipo (especificado).
 F48.96 Neurosis **SAI**.

- Comentarios sobre algunas **características culturales en la expresión de las fobias**. pág. 191
- Advertencia sobre los criterios que deben tenerse en cuenta, para el cambio de diagnóstico de **Trastorno de Adaptación**, por el de **Trastorno Neurótico**, en pacientes sometidos a estrés crónico no removible. pág. 205
- Inclusión de la forma **neurasteniforme** de los trastornos de adaptación (F43.28) pág. 206
- Descripción de las **características sintomáticas** de la **neurastenia en Cuba** pág. 219
- Ubicación Taxonómica y Pautas para el diagnóstico de la neurosis neuroasténica pág. 219

Categoría F50-F59 Trastornos del Comportamiento Asociados con Alteraciones Fisiológicas y Factores Somáticos.

- Ver cambio semántico 13
- Considerar la preocupación por el aspecto físico, en los pacientes que padecen de Anorexia Nerviosa, como un síntoma dependiente de la cultura (no universal) pág. 227
- Codificación del Insomnio debido a enfermedad somática o mental en **F51.8** pág. 230
- Modificaciones a la subcategoría F53.1 de la CIE-10 **Trastornos Mentales y del Comportamiento Asociados con el Puerperio, no clasificados en otra parte**:
 Incorporación de Pautas, para hacer uso de esta subcategoría. pág. 239
 Extensión de la subcategoría al período gravídico (**Grávido-Puerperal**) pág. 240

Categoría F60-F69. Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento en Adultos.

- Ver cambios semánticos del 14 al 16
- Instrucciones para el **registro en el GC3**, de los pacientes con diagnósticos de **Personalidad Afectiva** en el GC-2. Ver Ciclotimia pág. 177
- Introducción de la frase calificativa F60.X2 **en estructuración**. págs. 245, 248
- Descripción de los trastornos de personalidad de tipo:
 - Narcisista. pág. 256
 - Asténico. pág. 256
 - Inadecuado. pág. 258
 - Pasivo-Agresivo. pág. 258
- Inclusión en la subcategoría F62.0, "Cambio perdurable de la personalidad después de una experiencia catastrófica", de aquellas modificaciones duraderas en la personalidad, que se juzguen consecutivas a la pérdida de personas significativas, o *Estado Social*, y a las derivadas de situaciones humillantes (ultraje al honor) pág. 259

- Exposición del criterio de “Transvestismo fetichista” más aceptado en Cuba. pág. 266
- Aclaración sobre la posibilidad de considerar (en varones de procedencia rural), las relaciones sexuales con ciertos animales, como un equivalente de la masturbación, y no necesariamente como una parafilia. pág. 268

Categoría F70-F79 Retraso Mental

- Ver cambios semánticos del 17 al 19
- Mantener el concepto de retraso mental expuesto en el GC2. pág. 283
- Mantener la tipificación de los grados (ligero a profundo), de retraso mental, siguiendo los criterios del GC2. págs. 285 a 287
- Introducción de las categorías intermedias: pág. 287
 - F74 Retraso mental de grado ligero a moderado. pág. 287
 - F75 Retraso mental de grado moderado a grave. pág. 287
 - F76 Retraso mental de grado grave a profundo. pág. 287
- Tipificación y codificación de las dificultades específicas presentadas por los pacientes con retraso mental, mediante el empleo de cuartos y quintos dígitos. pág. 289
- Mantener, actualizar y ampliar los acápites de información complementaria sobre este tema, incluidos en el GC2. págs. 292 y 295

Categoría F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico

- Ver cambio semántico 20
- Incorporación de la subcategoría F81.80 Trastorno específico de la expresión escrita. pág. 321
- Instrucciones sobre el diagnóstico del autismo secundario. pág. 326
- Consideraciones sobre la conceptualización y registro taxonómico del síndrome de Rett. pág. 327
- Aceptación de la formulación de los diagnósticos comprendidos entre F80 y F83 (ambos inclusive), cuando dicho trastorno coexiste con la presencia de un déficit sensorial o de otra afección neurológica o mental, si estas últimas no justifican la presencia o intensidad del primero.

Categoría F90-F98 Trastornos emocionales y del comportamiento, que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia.

- Ver cambios semánticos del 21 al 28
- Recomendación de no usar la categoría F90.1 Trastorno Hipercinético Disocial pág. 336
- Recomendación de formular con cautela el diagnóstico de Trastorno disocial en niños socializados. F91.2 pág. 339
- Observación sobre la presencia de “ansiedad de separación”, en las madres de niños con ese diagnóstico. pág. 341
- Introducción de un acápite sobre los tipos de fobias más frecuentes en los niños. pág. 343

- Modificación de la descripción y los criterios de inclusión correspondientes a la subcategoría F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos. pág. 346
- Introducción de las subcategorías
F93.80 Trastorno de ansiedad generalizada durante la niñez y la adolescencia pág. 347
F93.81 Trastorno de inadaptación neurótica pág. 348
- Introducción de pautas para el diagnóstico a las categorías:
F95.0 Trastorno por tics transitorios.
F95.1 Trastorno por tics motores o fonatorios crónicos.
F95.2 Trastorno por tics motores y fonatorios múltiples combinados.
- Criterios taxonómicos cubanos y modificaciones de las pautas diagnósticas de la categoría
F98.1 Encopresis no orgánica. pág. 355
F98.3 Pica en la infancia y en la niñez. pág. 357
F98.5 Tartamudez (espasmofemia). pág. 359
- Inclusión de la hiperhidrosis psicógena en la categoría F98.8 Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia, especificados. pág. 360

Sistema Multiaxial (ejes complementarios)***

Inclusión de ejemplos sobre situaciones vernáculas en el eje III Trastornos ambientales y psicosociales (adversos) págs. 367 a 376

Introducción de nuevos ejes. pág. 365

Eje IV Otros factores ambientales y personales pág. 352

Eje V Mecanismos y necesidades psicopatogénicos pág. 377

Eje VI Otras informaciones significativas pág. 382

Inclusión de un capítulo sobre síndromes (culturales) de difícil ubicación en la CIE-10. pág. 387

*** No se efectuaron cambios en el eje II (Discapacidades)

LISTA DE CATEGORIAS PRINCIPALES*

F00-F99: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

F00-F09: Trastornos mentales de base orgánica conocida, incluidos los sintomáticos ((Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos))**

F00 - 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]

F01 - 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, especificadas

((Otras demencias vasculares))

F01.9 - Demencia vascular, no especificada.

F02 - Demencia en otras 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]

F02.3 - Demencia en la enfermedad de Parkinson. **[G20]

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

F02.8 - Demencia en otras enfermedades especificadas clasificadas en otra parte [**]

F03 - Demencia, no especificada

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

F05 - Estado confusional o de delirium no inducido por el alcohol u otras sustancias psicoactivas ((Delirio no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas))

F05.0 - Estado confusional o de delirium, no superpuesto a demencia

* Las categorías y subcategorías que aparecen subrayadas han sido adicionadas por los psiquiatras cubanos a la CIE-10.

** Debe utilizarse un código adicional, para registrar la enfermedad de base

- ((Delirio no superpuesto a un cuadro de demencia, así descrito))
 F05.1 - Estado confusional o de *delirium*, superpuesto a un cuadro de demencia
 ((Delirio superpuesto a un cuadro de demencia))
 F05.8 - Otros estados confusionales o de *delirium*, especificados
 ((Otros delirios))
 F05.9 - Estado confusional o de *delirium* no especificado
 ((Delirio, no especificado))

***F06 - Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral
 ((Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física))***

- F06.0 - Alucinosis orgánica
 F06.1 - Trastorno catatónico orgánico.
 F06.2 - Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme), orgánico
 ((Trastorno delirante [esquizofreniforme], orgánico))
 F06.3 - Trastorno del estado de ánimo, orgánico
 ((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
 ((Otros trastornos mentales especificados debidos a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física))
 F06.9 - Trastorno mental no especificado debido a lesión o disfunción cerebral.
 ((Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física))

F07 - Trastorno de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral

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

F09 - Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado

F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas

Clasificación de los síndromes

- F1X.0 - Intoxicación aguda
- F1X.1 – Consumo perjudicial
((Uso nocivo))
- F1X.2 - Síndrome de dependencia
- F1X.3 - Síndrome de abstinencia
((Estado de abstinencia))
- F1X.4 - Síndrome de abstinencia con estado confusional o de *delirium*
((Estado de abstinencia con delirio))
- F1X.5 - Trastorno psicótico.
- F1X.6 - Síndrome amnésico.
- F1X.7 - Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío.
- F1X.8 - Otros trastornos mentales y del comportamiento, especificados.
((Otros trastornos mentales y del comportamiento))
- F1X.81-Consumo riesgoso.
- F1X.9 - Trastorno mental y del comportamiento, no especificado.

Clasificación de acuerdo a la sustancia(s) psicoactiva(s) consumida(s)

- F10 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
((Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol))
- F11 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opiáceos
((Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos))
- F12 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de *cannabinoides*
((Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de *cannabinoides*))
- F13 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos
((Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos))
- F14 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.
((Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína))
- F15 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes, incluida la cafeína.
((Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína))
- F16 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos
((Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos))
- F17 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.
((Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco))

- F18 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.
((Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles))
- F19 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otras sustancias psicoactivas o de múltiples drogas.
((Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas))

F20-F29 - Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

F20 - Esquizofrenia

- F20.0 – Esquizofrenia paranoide
F20.1 - Esquizofrenia hebefrénica
F20.2 - Esquizofrenia catatónica
F20.3 - Esquizofrenia indiferenciada
F20.36-Esquizofrenia crónica indiferenciada
F20.4 - Depresión postesquizofrénica
F20.5 - Esquizofrenia residual
F20.6 - Esquizofrenia simple.
F20.8 - Otras esquizofrenias
F20.80-Esquizofrenia infantil
F20.9 - Esquizofrenia, no especificada.

F21 - Trastorno esquizotípico

F22 - Trastornos de ideas delirantes, prolongados ((Trastornos delirantes persistentes))

- F22.0 - Trastorno de ideas delirantes
((Trastorno delirante))
- F22.8 - Otros trastornos de ideas delirantes, prolongados
((Otros trastornos delirantes persistentes)).
- F22.9 - Trastornos de ideas delirantes prolongados, no especificados
((Trastorno delirante persistente, no especificado))

F23 - Trastornos psicóticos agudos y transitorios

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

***F24 - Trastorno de ideas delirantes inducidas
((Trastorno delirante inducido))***

F25 - Trastornos esquizoafectivos

F25.0 - Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco

F25.1 - Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.

F25.2 - Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto

F25.8 - Otros trastornos esquizoafectivos, especificados
((Otros trastornos esquizoafectivos))

F25.9 - Trastorno esquizoafectivo, no especificado

F28 – Otros trastornos psicóticos de origen no orgánico

F29. - Psicosis de origen no orgánico, no especificada.

***F30 - F39 Trastornos del estado de ánimo
((Trastornos del humor [afectivos]))***

F30 - Episodio maníaco

F30.0 - Hipomanía

F30.1 - Manía sin ideas delirantes ni alucinaciones
((Manía sin síntomas psicóticos))

F30.2 - Manía con ideas delirantes o alucinaciones
((Manía con síntomas psicóticos))

F30.8 – Otros episodios maníacos

F30.9 - Episodio maníaco, no especificado

F31 - Trastorno afectivo bipolar

F31.0 - Trastorno afectivo bipolar, episodio actual hipomaniaco
((Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaniaco presente))

F31.1 - Trastorno afectivo bipolar, episodio actual maníaco sin ideas delirantes ni alucinaciones
((Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente sin síntomas psicóticos))

F31.2 - Trastorno afectivo bipolar, episodio actual maníaco, con ideas delirantes o alucinaciones
((Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco, presente con síntomas psicóticos))

F31.3 - Trastorno afectivo bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.
((Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado))

F31.4 - Trastorno afectivo bipolar, episodio actual depresivo grave sin ideas delirantes ni alucinaciones
((Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos))

- F31.5 - Trastorno afectivo bipolar, episodio actual depresivo grave con ideas delirantes o alucinaciones
((Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos))
- F31.6 - Trastorno afectivo bipolar, episodio actual mixto
((Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente))
- F31.7 - Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión
- F31.8 - Otros trastornos afectivos bipolares, especificados
((Otros trastornos afectivos bipolares))
- F31.9 - Trastorno afectivo bipolar, no especificado.

F32 - Episodio depresivo

- F32.0 - Episodio depresivo leve
- F32.1 - Episodio depresivo moderado
- F32.2 - Episodio depresivo grave sin ideas delirantes ni alucinaciones
((Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos))
- F32.3 - Episodio depresivo grave con ideas delirantes o alucinaciones
((Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos))
- F32.8 - Otros episodios depresivos, especificados
((Otros episodios depresivos))
- F32.9 - Episodio depresivo, no especificado

F33 - Trastorno depresivo recurrente

- F33.0 - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve
((Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente))
- F33.1 - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado
((Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente))
- F33.2 - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave, sin ideas delirantes ni alucinaciones
((Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, sin síntomas psicóticos))
- F33.3 - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual depresivo grave, con ideas delirantes o alucinaciones
((Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos))
- F33.4 - Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
- F33.8 - Otros trastornos depresivos recurrentes, especificados
((Otros trastornos depresivos recurrentes))
- F33.9 - Trastorno depresivo recurrente, no especificado

F34 - Trastornos del estado de ánimo prolongados

((Trastornos del humor [afectivos] persistentes))

- F34.0 - Ciclotimia.
- F34.1 - Distimia

F34.16- Distimia con desarrollo neurótico

F34.8 - Otros trastornos prolongados del estado de ánimo, especificados
((Otros trastornos del humor [afectivo] persistentes))

F34.9 - Trastorno prolongado del estado de ánimo, no especificado
((Trastorno persistente del humor [afectivo], no especificado))

F38. - Otros trastornos del estado de ánimo
((Otros trastornos del humor [afectivos]))

F38.0 - Otros trastornos del estado de ánimo, aislados
((Otros trastornos del humor [afectivos], aislados))

F38.1 - Otros trastorno del estado de ánimo, recurrentes
((Otros trastorno del humor [afectivos], recurrente))

F38.8 - Otros trastornos del estado de ánimo, especificados
((Otros trastornos del humor [afectivos], especificados))

F39 - Trastorno del estado de ánimo, no especificado
((Trastorno del humor [afectivo], no especificado))

F40-F48 - Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
((Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos))

Aquellos clínicos que deseen hacer el diagnóstico de “Neurosis”, en sus distintas modalidades, lo harán aquí, mediante el uso de la frase calificativa X6 “**con desarrollo neurótico**”, la cual es aplicable a todas las categorías de esta sección, excepto a F43.

F40 - Trastornos de ansiedad fóbica
((Trastorno fóbicos de ansiedad))

F40.0 - Agorafobia

F40.1 - Fobias sociales

F40.2 - Fobias específicas (aisladas)

F40.8 - Otros trastornos de ansiedad fóbica, especificados
((Otros trastornos fóbicos de ansiedad))

F40.9 - Trastorno de ansiedad fóbica, no especificado
((Trastorno fóbico de ansiedad, no especificado))

F41 - Otros trastornos de ansiedad

F41.0 - Trastornos de pánico [ansiedad paroxística episódica]

F41.1 - Trastorno de ansiedad generalizada

F41.2 - Trastorno mixto de ansiedad y depresión

F41.20-Con manifestaciones ansioso-depresivas mínimas

F41.21-Con manifestaciones ansioso-depresivas ligeras

- F41.3 - Otros trastornos de ansiedad mixtos
- F41.8 - Otros trastornos de ansiedad, especificados.
- F41.9 - Trastorno de ansiedad, no especificado

F42 - Trastorno obsesivo-compulsivo

- F42.0 - Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas
((Predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas))
- F42.1 - Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)
((Predominio de actos compulsivos [rituales obsesivos]))
- F42.2 - Con actos e ideas obsesivos mixtos.
((Actos e ideas obsesivos mixtos))
- F42.8 - Otros trastornos obsesivo-compulsivos, especificados
((Otros trastornos obsesivo-compulsivos))
- F42.9 - Trastorno obsesivo-compulsivo, no especificado

F43 - Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación

- F43.0 - Reacción al estrés agudo
- F43.1 - Trastorno de estrés postraumático.
- F43.2 - Trastornos de adaptación
- F43.8 - Otras reacciones al estrés grave, especificadas
((Otras reacciones al estrés grave))
- F43.9 - Reacción al estrés grave, no especificada

F44 - Trastorno disociativo [de conversión]

- F44.0 - Amnesia disociativa
- F44.1 - Fuga disociativa
- F44.2 - Estupor disociativo
- F44.3 - Trastornos de trance y de posesión
- F44.4 - Trastornos disociativos de los movimientos
((Trastornos disociativos del movimiento))
- F44.5 - Convulsiones disociativas
- F44.6 - Anestesia y otras alteraciones sensoriales, disociativas.
((Anestesia disociativa y pérdida sensorial))
- F44.7 - Trastornos disociativos [de conversión], mixtos.
((Trastornos disociativos mixtos [de conversión]))
- F44.8 - Otros trastornos disociativos [de conversión], especificados.
((Otros trastornos disociativos [de conversión]))
- F44.9 - Trastorno disociativo [de conversión], no especificado.

F45 - Trastornos somatomorfos.

- F45.0 - Trastorno de somatización
- F45.1 - Trastorno somatomorfo indiferenciado.
- F45.2 - Trastorno hipocondríaco
- F45.3 - Disfunción autonómica somatomorfa

F45.4 - Trastorno de dolor persistente somatomorfo.
F45.8 - Otros trastornos somatomorfos
F45.9 - Trastorno somatomorfo, no especificado.

F48 - Otros trastornos neuróticos.

F48.0 - Neurastenia.
F48.1 - Síndrome de despersonalización-desrealización.
((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 - Hipertrofia 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, especificados
((Otros trastornos no orgánicos del sueño))
F51.9 - Trastorno del sueño de origen no orgánico, no especificado

***F52 - Disfunción sexual, no ocasionada por trastorno ni enfermedad somática
((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
F52.2 - Falla de respuesta genital
F52.3 - Disfunción orgásmica
F52.4 - Eyaculación precoz
F52.5 - Vaginismo no orgánico

F52.6 - Dispareunia no orgánica

F52.7 - Impulso sexual excesivo

F52.8 - Otras disfunciones sexuales, no ocasionadas por trastorno ni por enfermedad somática, especificada

((Otras disfunciones sexuales, no ocasionadas por trastornos ni por enfermedad orgánicos))

F52.9 - Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni por enfermedad somática, no especificada.

((Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni por enfermedad orgánicos, no especificada))

F53 - Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el periodo grávido-puerperal no clasificados en otra parte.

((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 periodo grávido puerperal, no clasificable en otra parte

((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 periodo grávido puerperal, no clasificado en otra parte.

((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 período grávido puerperal, no clasificados en otra parte.

((Otros trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte))

F53.9 - Trastorno mental grávido puerperal, no especificado.

((Trastorno mental puerperal, no especificado))

F54 - Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otra parte

F55 - Abuso de sustancias que no producen dependencia

F59 - Trastornos del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores somáticos, no especificados

((Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos, no especificados))

F60-F69 - Trastorno 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 disocial de la personalidad
((Trastorno asocial de la personalidad))
- F60.3 - Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable
- F60.4 - Trastorno histriónico de la personalidad.
- F60.5 - Trastorno anancástico de la personalidad
- F60.6 - Trastorno ansioso (evasivo, elusivo) de la personalidad
((Trastorno de la personalidad ansiosa [evasiva, elusiva]))
- F60.7 - Trastorno dependiente de la personalidad.
((Trastorno de la personalidad dependiente))
- F60.8 - Otros trastornos específicos de la personalidad
- F60.9 - Trastorno de la personalidad, no especificado

F61 - 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

F62 - 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.
((Otros cambios perdurables de la personalidad))
- F62.9 - Cambio perdurable de la personalidad, no especificado.

F63 - Trastornos de los hábitos y de los impulsos

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

F64 - Trastorno de la identidad de género

- F64.0 - Transexualismo
- F64.1 - Transvestismo no fetichista
((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.
((Otros trastornos de la identidad de género))
- F64.9 - Trastorno de la identidad de género, no especificado.

F65 - Trastorno de la preferencia sexual

F65.0 - Fetichismo

F65.1 - Transvestismo fetichista.

F65.2 - Exhibicionismo

F65.3 - Voyeurismo

F65.4 - Pedofilia

F65.5 - Sadomasoquismo

F65.6 - Trastornos múltiples de la preferencia sexual

F65.8 - Otros trastornos de la preferencia sexual

F65.9 - Trastorno de la preferencia sexual, no especificado.

F66 - Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados con el desarrollo y con 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

F66.9 - Trastorno del desarrollo psicosexual, no especificado.

F68. - Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos

F68.0 - Elaboración de síntomas somáticos por causas psicológicas

((Elaboración de síntomas físicos por causas psicológicas))

F68.1 - Producción intencional o simulación de síntomas o de incapacidades, tanto somáticas como mentales [trastorno facticio]

((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 en adultos

F69 - Trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos, no especificado

F70 - F79 - Retraso mental

F70 - Retraso mental ligero

((Retraso mental leve))

F71 - Retraso mental moderado

F72 - Retraso mental grave.

F73 - Retraso mental profundo

F74 - Retraso mental de grado ligero a moderado

F75 - Retraso mental de grado moderado a grave

F76 - Retraso mental de grado grave a profundo

F78 - Retraso mental de otro grado, especificado

((Otros tipos de retraso mental))

F79 - Retraso mental de grado no especificado

((Retraso mental, no especificado))

F80 - F89 - Trastorno del desarrollo psicológico

F80 - 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 comprensión del lenguaje

((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

F80.9 - Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje, no especificado

F81 - 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

F81.9 - Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, no especificadas

F82 - Trastorno específico del desarrollo de la función motriz

F83 - Trastornos específicos mixtos del desarrollo

F84 - Trastornos generalizados del desarrollo

F84.0 - Autismo infantil

((Autismo en la niñez))

F84.1 - Autismo atípico

F84.2 - Síndrome de Rett

F84.3 - Otro trastorno desintegrativo de la infancia

((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

F84.9 - Trastorno generalizado del desarrollo, no especificado

F88. - Otros trastornos del desarrollo psicológico

F89 - Trastorno del desarrollo psicológico, no especificado

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 disocial
((Trastorno hipercinético de la conducta))
- F90.8 - Otros trastornos hipercinéticos
- F90.9 - Trastorno hipercinético, no especificado

F91 - Trastornos disociales

((Trastorno de la conducta))

- F91.0 - Trastorno disocial limitado al contexto familiar
((Trastorno de la conducta limitado al contexto familiar))
- F91.1 - Trastorno disocial en niños no socializados
((Trastorno de la conducta insociable))
- F91.2 - Trastorno disocial en niños socializados
((Trastorno de la conducta sociable))
- F91.3 - Trastorno opositor desafiante
- F91.8 - Otros trastornos disociales, especificados
((Otros trastornos de la conducta))
- F91.9 - Trastorno disocial, no especificado
((Trastorno de la conducta, no especificado))

F92.Trastornos mixtos, disociales y de las emociones

((Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones))

- F92.0 - Trastorno disocial y depresivo
((Trastorno depresivo de la conducta))
- F92.8 - Otros trastornos mixtos, disociales y de las emociones, especificados
((Otros trastornos mixtos de la conducta y de las emociones))
- F92.9 - Trastorno mixto, disocial y de las emociones, no especificado
((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
 - .80 Trastorno de ansiedad generalizada durante la infancia y la adolescencia
 - .81 Trastorno de inadaptación neurótica
- F93.9 - Trastorno emocional en la niñez, no especificado

F94 - Trastorno del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia

- F94.0 - Mutismo selectivo

- F94.1 - Trastorno reactivo de la vinculación en la niñez
((Trastorno de vinculación reactiva en la niñez))
- F94.2 - Trastorno de vinculación desinhibida en la niñez
- F94.8 - Otros trastornos del comportamiento social en la niñez y la adolescencia, especificado
((Otros trastornos del comportamiento social en la niñez))
- F94.9 - Trastorno del comportamiento social en la niñez y la adolescencia, no especificado
((Trastorno del comportamiento social en la niñez , no especificado))

F95 - Trastornos por tics

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

F98 - 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
- F98.3 - Pica en la infancia y la niñez
- F98.4 - Trastorno de movimientos estereotipados
((Trastorno de los movimientos estereotipados))
- F98.5 - Tartamudez [espasmofemia]
- F98.6 - Tartaleo.
((Farfulleo))
- F98.8 - Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia
- F98.9 - Trastornos no especificados, emocionales y del comportamiento, que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia

F99 - Trastorno mental, no especificado

**F00-F09 TRASTORNOS MENTALES DE BASE ORGÁNICA
CONOCIDA, INCLUIDOS LOS SINTOMÁTICOS**

F00-F09 TRASTORNOS MENTALES DE BASE ORGANICA CONOCIDA, INCLUIDOS LOS SINTOMATICOS.

**F00-F09: Trastornos mentales de base orgánica conocida, incluidos los sintomáticos.*
((Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos)).**

F00 - 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]

F01 - Demencia vascular [*]

F01.0 - Demencia vascular de comienzo agudo

F01.1 - Demencia vascular por infartos múltiples (de predominio cortical)

F01.2 - Demencia vascular subcortical.

F01.3 - Demencia vascular mixta, cortical y subcortical

F01.8 - Otras demencias vasculares, especificadas

((Otras demencias vasculares))

F01.9 - Demencia vascular, no especificada.

F02 - Demencia en otras 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]

F02.3 - Demencia en la enfermedad de Parkinson. *[G20]

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

F02.8 - Demencia en otras enfermedades especificadas clasificadas en otra parte [*]

F03 - Demencia, no especificada

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

F05 Estado confusional o de delirium no inducido por el alcohol u otras sustancias psicoactivas

((Delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas))

F05.0 - Estado confusional o de *delirium*, no superpuesto a demencia

((Delirio no superpuesto a un cuadro de demencia, así descrito))

F05.1 - Estado confusional o de *delirium*, superpuesto a un cuadro de demencia

((Delirio superpuesta a un cuadro de demencia))

* Debe utilizarse un código adicional, para registrar la enfermedad de base

F05.8 - Otros estados confusionales o de *delirium* ,especificados
((Otros delirios))

F05.9 - Estado confusional o de *delirium*, no especificado
((Delirio, no especificado))

***F06 - Otros trastornos mentales debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral
((Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física))***

F06.0 - Alucinosis orgánica

F06.1 - Trastorno catatónico, orgánico.

F06.2 - Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme), orgánico
((Trastorno delirante [esquizofreniforme], orgánico))

F06.3 - Trastorno del estado de ánimo, orgánico
((Trastorno del humor [afectivo], orgánico))

F06.4 - Trastorno de ansiedad, orgánico.

F06.5 - Trastorno disociativo, orgánico

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

F06.7 - Trastorno cognitivo leve

F06.8 - Otros trastornos mentales especificados, debidos a lesión o disfunción cerebral
((Otros trastornos mentales especificados debidos a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física))

F06.9 - Trastorno mental no especificado debido a lesión o disfunción cerebral.
((Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física))

F07 - Trastorno de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral

F07.0 - Trastorno de la personalidad, orgánico.

F07.1 - Síndrome postencefalítico.

F07.2 - Síndrome postconcusional

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

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

F09 - Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado

INTRODUCCION

Esa categoría agrupa un conjunto de trastornos mentales que tienen como denominador común el hecho de que sus manifestaciones morbosas fundamentales son la consecuencia directa de una lesión del encéfalo, lo cual no niega la existencia de síntomas y comportamientos resultantes de la reacción psicológica del sujeto ante sus discapacidades, su personalidad previa y el entorno.

La alteración primaria puede asentarse directamente en el cerebro o sus cubiertas **Trastornos orgánicos**, (también conocidos en nuestro medio como "Psicosis orgánica"), o fuera de ellos y los afectan secundariamente por vía sistémica, **Trastornos sintomáticos** o ("Psicosis sintomáticas").

Los síndromes causados por esas noxas pueden, a grandes rasgos, dividirse en tres grupos principales: los síndromes encefálicos orgánicos crónicos, los agudos y los síndromes de paso.

SINDROMES ENCEFALICOS ORGANICOS CRONICOS (SEOC):

Caracterizados por:

- 1) Toma de la memoria y las funciones intelectuales superiores (inteligencia, juicio, cálculo y el aprendizaje) y un deterioro general de la personalidad, el comportamiento y el validismo.
- 2) Ser generalmente irreversibles.

La toma de esos aspectos del psiquismo puede ser generalizada (como en las demencias) o circunscritas a uno o varios aspectos (síndromes amnésicos o trastornos orgánicos de la personalidad).

SINDROMES ENCEFALICOS ORGANICOS AGUDOS (SEOA):

Su manifestación más importante es la toma de la conciencia vigil, sin otros síntomas acompañantes como en los síndromes de obnubilación simple de la conciencia o acompañada de alteraciones senso-perceptuales, como en los casos de *delirium*.

Como consecuencia de la disfunción vigil y en dependencia del grado de ésta, suelen afectarse la memoria, orientación, atención y comprensión, y pueden presentarse características oniroides del pensamiento.

El hecho de ser potencialmente reversible constituye la segunda característica distintiva de dichos síndromes, aunque la evolución hacia un cuadro crónico o hacia la muerte también es posible.

Esos síndromes encefálicos agudos son típicos de los trastornos sintomáticos y orgánicos de carácter agudo.

SINDROMES DE PASO

El tercer grupo está caracterizado por presentar como manifestaciones más destacadas, alteraciones que clínicamente son casi o totalmente indistinguibles de aquellas que tipifican a los trastornos codificables en las categorías comprendidas entre F20-F29 y F60-F69.

Estos trastornos comparten con los SEOA la naturaleza de los agentes causales y los mecanismos fisiopatogénicos de su producción, por lo que muchos los consideran una variante de aquéllos, a pesar de que las alteraciones en las funciones de integración (típicas de los SEOA) están ausentes o son mínimas en ellos.

Debe, sin embargo, alertarse contra el abuso de la categoría F00 a F09.

La simple coexistencia de un trastorno mental y una lesión encefálica no justifica que el primero sea adscrito a la segunda.

En primer lugar, un chequeo exhaustivo revelaría la presencia de alteraciones anatomofisiológicas en millares de sujetos que no han padecido de trastorno mental alguno.

Por otra parte, el tener una lesión encefálica no inmuniza contra la adquisición de un trastorno codificable en F2, F3, F4 o F6, por ejemplo.

Por lo tanto, en tal situación el clínico analizará detenidamente el tipo de lesión, la característica y cronología de los síntomas, los antecedentes familiares y personales del paciente y la respuesta al tratamiento antes de hacer un diagnóstico definitivo.

Cuando la lesión encontrada es conocida como causante frecuente de manifestaciones similares a las del sujeto diagnosticado, o cuando del análisis de los factores señalados en el párrafo anterior se deriven fuertes evidencias de la relación genética entre ambos fenómenos, estará justificado que el trastorno sea ubicado en esta categoría.

En el caso contrario, es preferible hacer dos diagnósticos independientes, o sea, registrar el síndrome psiquiátrico en la categoría correspondiente (F20-F29 a F90-F99) y el trastorno orgánico en F0.

Ejemplo: Trastorno obsesivo compulsivo F42.X
Lesión cerebral anóxica NCOP G93.1.

Si la alteración orgánica encontrada no es susceptible de ser codificable en F0, como sería un antecedente teóricamente relacionable con el síndrome psiquiátrico (historia de trauma craneal, infección del SNC. intervención neuroquirúrgica, etc.) o un hallazgo de exámenes complementarios (EEG anormal, lesión anatómica demostrada mediante TAC. etc.) esta situación será reflejada en el eje VI.

Ejemplo: Eje I Fuga disociativa F44.1.

Eje VI Antecedentes de meningoencefalitis durante la infancia (G09.X).

Como se anticipó en el primer párrafo de este acápite, a las manifestaciones que derivan directamente de la lesión específica se añaden otras de carácter psicológico, que pueden dividirse en dos grupos. Aquellos cambios que el paciente introduce en su estilo de vida para adaptarse lo más armónicamente posible a sus limitaciones (llevar libro de notas, establecer un orden estricto, por ejemplo) y las que expresan su sufrimiento ante las minusvalías, o son maniobras de ajuste a aquellas de carácter realmente morbosos.

Aun cuando lógicamente esos comportamientos están impregnados, y en última instancia motivados, por el daño orgánico, resulta útil registrarlos, porque son susceptibles de cierta atención psicoterapéutica, y porque el intento de comprender psicológicamente al paciente, sea cual fuere el estado de su cerebro, es un principio básico en la humanización de la psiquiatría.

Esas manifestaciones de ajuste (morbosas o adaptativas), el grado de minusvalía que el paciente presenta y las características de su entorno, deben ser reflejadas en los ejes adicionales II al VI. (Ver ejes complementarios).

La presencia de rasgos o características de personalidad, cuya naturaleza orgánica es evidente, y que no satisfagan los criterios para ser incluidos en F07, pero que se consideren importantes para la evaluación y tratamiento al paciente, debe ser registrada en el eje V.

Aun cuando desde el punto de vista conceptual, los trastornos encefálicos causados por el alcohol y otras sustancias psicoactivas podrían clasificarse en este grupo, se ha preferido recogerlas en la categoría F10-F19 por la ventaja que representa reunir en una misma categoría todos los trastornos relacionados con el abuso de sustancias psicoactivas.

Siempre que se conozca la patogenia de la enfermedad de base debe hacerse uso de un doble diagnóstico, (uno para el síndrome psicopatológico y otro para la causa subyacente).

DEMENCIA

CONCEPTO

Es un síndrome encefálico orgánico crónico (ver concepto de orgánico y de SEOC, págs. 15 y 54), caracterizado por graves trastornos de la memoria y múltiples funciones cerebrales como la inteligencia, el juicio, el cálculo, la comprensión, el pensamiento abstracto en general, la orientación y el aprendizaje. Se acompaña de graves alteraciones de la afectividad, la comunicación, las capacidades para hacer uso del segundo sistema de señales y de la coordinación motora.

Las alteraciones descritas representan un deterioro de los niveles de funcionamiento premórbido y son lo suficientemente intensas para interferir de manera significativa con la

capacidad del paciente, para sostener una adecuada e independiente actividad social laboral, familiar y personal.

De acuerdo con la personalidad premórbida del sujeto, su entorno y la naturaleza de la enfermedad que causa la demencia pueden añadirse otros síntomas al cuadro clínico.

Aunque una demencia puede tener una evolución estática, e incluso ser potencialmente reversible, en la generalidad de los casos, el diagnóstico implica un deterioro progresivo e irreversible.

Se establece en cualquier edad de la vida después de completarse el desarrollo de las funciones cerebrales (18 años aproximadamente).

Puede presentarse acompañada de trastornos de la vigilia (*delirium*), estados depresivos o afecciones somáticas de carácter sistémico, pero el diagnóstico de demencia sólo es posible si sus manifestaciones persisten en ausencia de dichas complicaciones.

PATOGENIA

Son muchas y muy diversas las causas que pueden llevar a una demencia, las más frecuentes serán, según su importancia, descritas o mencionadas en las páginas siguientes.

En algunos casos, su causa es totalmente conocida, como en los casos de demencia traumática, por déficits nutricionales, consecutivas a infecciones del SNC, etc., y en otros, aunque muchos aspectos de su patogenia se conocen, y se han esclarecido las alteraciones anatomopatológicas que las caracterizan, las causas primarias que la producen no han sido descubiertas aún.

También se registrarán casos, en lo cuales, más de un factor causal combinan sus efectos para provocar la enfermedad (asociación de la enfermedad de Alzheimer y demencia vascular, por ejemplo).

En la mayoría de los pacientes, las demencias se deben a lesiones degenerativas de carácter progresivo e irreversible del SNC, por lo que las descripciones generales del síndrome suelen reflejar esas características. No obstante, es bueno no perder de vista que, como ya fue expresado, ciertas demencias pueden ser producidas por lesiones estáticas del cerebro, e incluso, potencialmente reversibles en mayor o menor grado.

PREVALENCIA

El aumento en cifras absolutas y relativas de la población senil ha traído aparejado un incremento notable de dichos síndromes. Lamentablemente, se carece de datos fidedignos sobre las cifras exactas de su prevalencia en los distintos países y culturas.

Las tasas sobre población general están lógicamente influidas por las características de la pirámide poblacional y del nivel económico y sanitario de cada región, a lo que se une la calidad de los registros, nivel de "visibilidad" de dichos trastornos según las exigencias culturales, laborales, etc. y la diversidad de criterios y medios diagnósticos empleados. Algo similar ocurre respecto al peso específico de cada una de las diferentes formas de demencia.

No obstante, existe cierto grado de consenso en cuanto a un predominio de la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular (alrededor del 3% de la población mayor de 65 años), con una representación mucho menor de los demás tipos de demencias y el aumento progresivo de la prevalencia de esos trastornos a partir de dicha edad y se estima que en la segunda mitad de la novena década de la vida, una de cada cinco personas las padecen.

CUADRO CLINICO

Las manifestaciones clínicas de los síndromes demenciales pueden ser divididas en tres grupos.

A) Las directamente implicadas en el concepto de demencia, imprescindibles para hacer ese diagnóstico, y por tanto, presentes en todo trastorno demencial, independientemente de su patogenia, forma clínica y patrones evolutivos (síntomas fundamentales).

B) Aquéllas que dependen de la naturaleza del proceso morboso como patogenia, extensión y localización de las lesiones y patrones y etapas evolutivas de la enfermedad, que varían en los distintos tipos de demencia (síntomas acompañantes).

C) Un tercer grupo de características que dependen de la personalidad premórbida del paciente, su entorno psicosocial y las "reacciones de su personalidad ante el menoscabo orgánico, tanto de carácter adaptativo como sintomático".

Esas manifestaciones, que influyen en la patoplastia de los estadios prodrómicos y tempranos de la enfermedad, y pueden constituir en esa etapa un foco de atención fundamental, sobre todo en los cuadros de instalación insidiosa, van desdibujándose y perdiendo significación en la medida en que el proceso morboso va destruyendo la personalidad e individualidad del enfermo.

Por razones de orden práctico, los síntomas del grupo A serán tratados en el acápite general de demencias, mientras que los pertenecientes a los dos restantes se incluirán en las descripciones de los distintos tipos de ellas.

SINTOMAS FUNDAMENTALES

TRASTORNOS DE LA MEMORIA

Las alteraciones amnésicas constituyen uno de los rasgos fundamentales de esos síndromes. En aquellas demencias, debidas a lesiones progresivas del encéfalo, se hace evidente, en primer término, la toma de la memoria de fijación (capacidad de almacenar nuevas

informaciones), el individuo olvida recados o citas, extravía objetos personales, e incluso, en la medida en que la toma de la memoria se profundiza puede cometer fallos más groseros, como dejar olvidados alimentos al fuego o no recordar aspectos fundamentales de la actividad cotidiana como bañarse, comer y cuidar de su aseo personal. En algunas formas de la demencia, como en la presbiofrenia, los recuerdos no registrados pueden ser sustituidos con fabulaciones.

Aunque un estudio cuidadoso podría revelar ciertos fallos en la memoria de evocación en los estadios iniciales de muchos de los pacientes, la pérdida de material previamente aprendido no se hace evidente, por lo general, hasta algo más tarde. Las informaciones más recientemente adquiridas suelen ser las primeras en perderse, pero progresivamente toda huella mnésica va desapareciendo, y en etapas avanzadas de la enfermedad, el paciente puede haber olvidado su nombre, edad, procedencia y a sus familiares y cuando más, quedar algunas islas de recuerdos fragmentarios e inconexos.

Pueden producirse también falsas identificaciones, el sujeto puede intentar tener relaciones sexuales con su hija al tomarla por su esposa, por ejemplo.

En la memoria, como en el resto de las funciones psíquicas superiores, en los pacientes con demencia, pueden influir el estado físico general y los cambios de ambiente, por lo que su evaluación no es válida si se hace durante un *delirium* (enfermedad sistémica) o en ambientes inusuales. Iguales consideraciones pueden hacerse respecto a otras condiciones (la depresión, por ejemplo) que afectan el psiquismo.

MENOSCABO DE LAS FUNCIONES INTELECTUALES SUPERIORES

Los trastornos del pensamiento ocupan un lugar fundamental en la clínica de los trastornos demenciales. El pensamiento se torna concreto, el flujo de ideas disminuye, el cambio de un patrón mental a otro se dificulta enormemente y la capacidad para el cálculo y la formación de juicios se altera profundamente. La agudeza mental y la capacidad de procesar información van desapareciendo gradualmente, de manera tal, que se afecta, hasta llegar a extinguirse, la aptitud para resolver problemas, aun aquéllos que no requieren de nuevas informaciones y que, incluso, el paciente acostumbraba a solucionar antes de enfermar.

El sujeto reduce sus actividades, al eliminar aquellas que requieren el aprendizaje de nuevos materiales, fluidez en los procesos mentales o el establecimiento de relaciones categoriales.

Las actividades que necesitan un planeamiento secuencial o la introducción de variables alternativas o imaginativas ("en caso de"... "como si"...) están deterioradas, cuando no abolidas. El simple hecho de relatar los pasos de procesos sencillos de la vida cotidiana (como peinarse o vestirse) puede ser una tarea difícil o imposible de realizar.

TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

Los trastornos de la afectividad suelen ser un síntoma precoz en las demencias debidas a enfermedades progresivas del encéfalo, manifestaciones ansiosas y depresivas, labilidad, irritabilidad o la derotimia, pueden dominar las etapas iniciales del proceso cuando aun las alteraciones mnésicas e intelectuales no han alcanzado niveles ostensibles y llevan, en no pocas ocasiones, a errores diagnósticos. En el período de estado suelen presentarse alteraciones como irritabilidad, depresión, pobre control emocional, embotamiento afectivo y una afectividad "caprichosa" que hace que el paciente, en ocasiones, reaccione indiferentemente a sucesos de gran significación emotiva (como la muerte del cónyuge o un hijo), mientras responde con verdaderas "tormentas" afectivas ante estímulos triviales.

TRASTORNOS DE LA MOTILIDAD, COMUNICACION Y VALIDISMO

La comunicación en la demencia está profundamente afectada. A las ya señaladas alteraciones de la memoria, el pensamiento y la afectividad, se suman los déficits sensoriales (audición y visión, sobre todo), que no raramente los acompañan, y las alteraciones del lenguaje, que van desde el simple deterioro de su ejecución motora hasta una verdadera incapacidad para su comprensión o expresión, no obstante el hecho de conservarse las capacidades motoras y sensoriales que les sirven de base (afasia).

En los casos avanzados de Demencia, la autoejecución de funciones elementales como vestirse, asearse y comer suelen afectarse, el control motor de la marcha y de los esfínteres se hace deficiente, aparecen discapacidades motoras y fenómenos afaso-apráticos.

OTRAS CARACTERISTICAS IMPORTANTES

El paciente con demencia no es capaz de percatarse de sus discapacidades ni de evaluar adecuadamente la situación en que se encuentra, por lo que, desde etapas relativamente tempranas de la enfermedad, puede observarse falta de tacto, comportamientos sociales inadecuados como chistes fuera de tono, hurgarse en las fosas nasales en público, llevar ropa mal abotonada o sin abotonar, andar sucio y desaliñado y otras conductas que vulneran las normas de convivencia social.

El paciente puede vagabundear, pedir comida a las vecinas con el falso alegato de que no se la dan en la casa, perderse en un lugar conocido, lesionar a otras personas por actitudes agresivas o negligencias, resultar lesionado por las mismas razones o intentar suicidarse.

Tampoco resulta excepcional la aparición de ideas delirantes, sobre todo de daño y perjuicio o de persecución, a veces relacionadas con el extravío de objetos o con las medidas restrictivas que se toman para protegerlo.

Suelen aparecer trastornos del sueño, y frecuentemente un cuadro depresivo o de *delirium* hace su aparición mientras evoluciona una demencia (ver diagnóstico).

En la mayoría de las demencias, el deterioro cognitivo y mental en general, suele acompañarse de igual menoscabo en la salud corporal, que afecta todos los órganos y sistemas, por lo que las enfermedades somáticas intercurrentes son muy frecuentes.

Diagnóstico

Principios fundamentales

El diagnóstico de una demencia consiste en la identificación de las alteraciones fundamentales de dicha entidad.

El diagnóstico de los trastornos demenciales no puede basarse sólo en las quejas del paciente. Se requiere la opinión de terceras personas o la aplicación de pruebas neuropsicológicas debidamente estandarizadas.

Las manifestaciones deben representar una acentuada merma del nivel de funcionamiento previamente alcanzado e interferir significativamente con la vida cotidiana laboral, social y familiar del paciente.

Dado que el nivel de exigencia varía mucho de una sociedad a otra y en los distintos tipos de trabajo, el grado de competitividad social y laboral por sí solo no es un buen indicador para el diagnóstico de una demencia, pero si lo es un claro descenso de esas capacidades respecto al nivel previamente alcanzado dentro de un contexto determinado.

El diagnóstico de una demencia y la evaluación de su gravedad exigen pesquisar la incidencia de numerosas noxas que pueden disminuir transitoriamente las capacidades adaptativas del paciente.

Las enfermedades y condiciones físicas debilitantes, la ingestión de sustancias psicoactivas, procesos infecciosos, los cambios de entorno u otras situaciones estresantes, pueden menoscabar el funcionamiento general del paciente y llevarnos al falso diagnóstico de demencia, o a una hipervaloración de lo avanzado del proceso.

Aunque todas esas condiciones pueden y suelen asociarse a una demencia, ese diagnóstico no es posible si las alteraciones que la identifican sólo están presentes durante la incidencia de dichos factores.

Un cuadro depresivo puede remedar un síndrome demencial, ser parte de su cortejo sintomático o simplemente instalarse en un paciente con demencia como un epifenómeno relacionado, casualmente, con dicha entidad.

La presencia de manifestaciones depresivas puede ser registrada mediante el uso de un 5to. dígito (.X3) si ellas no satisfacen los criterios de un episodio depresivo; en caso contrario, se hará uso de un doble diagnóstico (F00-F03 y F32.0-F32.3), pero si los criterios para el diagnóstico de demencia sólo se satisfacen durante las ocurrencias del estado depresivo, no se hará el diagnóstico de la primera.

Similares consideraciones pueden hacerse respecto a la presencia de un *delirium*. La existencia de las manifestaciones demenciales con anterioridad a la aparición del *delirium* o después de disipado éste, es imprescindible para el diagnóstico de aquélla. Cuando (como frecuentemente ocurre), existan criterios para hacer ambos diagnósticos, la demencia se codificará en el rubro correspondiente (F00-F03) y el *delirium* en F05.1 Estado confusional o de *delirium* superpuesto a demencia.

Diversas condiciones, codificables en otras categorías de este manual, pueden presentar cuadros similares a los descritos en las categorías F00-F03 y deben ser investigadas antes de diagnosticar una demencia (ver diagnóstico diferencial).

En sentido inverso, en personas superdotadas, cuyas capacidades exceden con creces las demandas del medio en que se desenvuelven, puede ocurrir cierto grado de deterioro cognitivo sin que esto repercuta, ostensiblemente, en su rendimiento sociolaboral, lo que dificulta el diagnóstico precoz del psicósíndrome orgánico, que no raramente se toma por un trastorno depresivo, asténico, etc.

A fin de evitar falsos positivos, una duración de los síntomas no menor de 6 meses es necesaria para hacer el diagnóstico de demencia.

Tanto en la CIE-10 como en el DSM-IV se admite el diagnóstico de una demencia en la infancia (antes de completarse el desarrollo de las capacidades encefálicas). No obstante, esto no ha parecido conveniente a los psiquiatras cubanos por las siguientes razones.

A) Lo que caracteriza al retraso mental es su ocurrencia, en una etapa de la vida, en la que la noxa que lo produce no solo afecta las capacidades adquiridas, sino también aquéllas que aún no se han formado y que nunca llegarán a crearse o lo harán de manera incompleta o desviada. Con otras palabras, es más un "no ganar" que un "perder" a diferencia de la demencia.

Limitar a esas edades tempranas el criterio del RM carecería totalmente de sentido, de no ser por lo referido en el párrafo anterior.

B) Muchos de los cientos de agentes causales de retraso mental (incluso ciertas enfermedades de carácter hereditario) no se manifiestan hasta alcanzada cierta edad en la infancia e implican, tanto una merma en el nivel de funcionamiento alcanzado, como del desarrollo potencial ulterior. Además, como una demencia implica siempre una incapacidad para el aprendizaje, sería extremadamente difícil discriminar entre uno y otro proceso.

C) Si tenemos en cuenta lo referido en A y B, la extensión del concepto de demencia a pacientes menores de 18 años requeriría de una reevaluación de todos los agentes causales de RM conocidos y de criterios operativos muy exactos y difíciles de evaluar objetivamente, para lograr cierta homogeneidad en los diagnósticos de diferentes clínicos, por lo que traería mucho más inconvenientes que ventajas.

Muchos síndromes demenciales presentan tanto un período prodrómico de duración variable, donde la existencia del proceso de deterioro cognitivo se encuentra enmascarada por manifestaciones de tinte neurótico, psicopático, etc., como otro en que las alteraciones mnésicas, intelectuales y afectivas, aunque evidentes, no son aún lo suficientemente acusadas como para interferir con una vida independiente.

Aun cuando un minucioso examen clínico puede, en esas etapas tempranas, poner de manifiesto el carácter demenciente de la enfermedad que presenta el paciente, no es aconsejable en la práctica clínica rubricar a un paciente con el diagnóstico de una demencia antes de que el deterioro de la personalidad haya alcanzado un grado moderado (pautas para investigaciones CIE-10).

Esto se debe a la estigmatización y pérdida de la libertad individual que dicho diagnóstico implica; al hecho de que, en ocasiones, esos estados leves de afectación pueden prolongarse un tiempo considerable, y a que la posibilidad de un error diagnóstico (con sus nefastas consecuencias) en esas etapas evolutivas es relativamente elevado.

En la práctica médica resulta más sensato, al diagnosticar a esos pacientes, ubicar sus trastornos cognitivos en los acápites correspondientes de la categoría F07.8 y registrar la enfermedad de base con un doble diagnóstico si ésta es conocida.

En todo caso, si resultara conveniente hacer el diagnóstico de una demencia en etapas precoces, se recomienda utilizar la frase calificativa: “diagnóstico presuntivo”, y reevaluar el diagnóstico frecuentemente hasta tener una certeza absoluta.

Esto no se aplicará, sin embargo, para fines investigativos. A tales propósitos, deben seguirse los criterios establecidos por la CIE-10 (investigaciones).

Puede recurrirse a un quinto dígito para registrar la presencia de manifestaciones clínicas adicionales o el carácter presuntivo del diagnóstico.

- . X0 Sin síntomas adicionales
- . X1 Con predominio de ideas delirantes
- . X2 Con predominio de alucinaciones
- . X3 Con predominio de síntomas depresivos
- . X4 Con otros síntomas clínicos
- . X5 Presuntivo

Uso de ejes adicionales (ver uso del manual)

Se recomienda registrar en el eje II las discapacidades que se presentan en el paciente. Así mismo, hacer uso del 3er. eje factores psicoambientales adversos y del IV otros factores psicoambientales, para ubicar los estresores y situaciones de interés en la evaluación

integral al paciente. Tanto los mecanismos psicológicos anormales, como las reacciones psicológicas de ajuste a la organicidad, serán rubricadas en el eje V.

Cuando se considere pertinente, los resultados de exámenes complementarios, y la respuesta a la terapéutica, serán reflejados en el eje VI "Otras informaciones de interés".

Diagnóstico diferencial

La demencia debe ser diferenciada de otros síndromes orgánicos como el amnésico y el apatoabúlico que presentan algunas, pero no todas las características de la primera, y de múltiples trastornos orgánicos de la afectividad, el comportamiento, etc., que comparten con la demencia ciertos síntomas.

El menoscabo senil normal de las funciones cerebrales puede distinguirse de la demencia, porque en ésta hay una desproporción entre el nivel del funcionamiento esperable para la edad y el presentado por el paciente. El anciano normal suele tener una correcta evaluación de sus capacidades y limitaciones, un mejor control afectivo y una conducta congruente con su situación.

No obstante, las condiciones de estrés inusual, la ingestión de fármacos con propiedades psicoactivas, el debilitamiento físico, o las enfermedades intercurrentes (somáticas o psiquiátricas), pueden originar grandes dificultades diagnósticas.

La identificación de dichos factores y la recuperación del paciente mediante el control de esas entidades, aclararán el diagnóstico.

El consumo de sustancias psicoactivas puede ocasionar una demencia, pero ese diagnóstico exige que sus síntomas estén presentes cuando el paciente ni está bajo el efecto de dichas sustancias ni presenta un síndrome de abstinencia.

Lesiones cerebrales causadas por traumatismos, infecciones, enfermedades vasculares, etc. pueden dejar como secuela no una demencia, sino un déficit cognoscitivo de otra índole o un trastorno motor. Cuando una de esas dos cosas sucede, suele ser fácil percatarse de que el cuadro clínico no satisface el criterio de una demencia, pero cuando ambas se combinan o el defecto motor afecta las capacidades de expresión facial y comunicación oral (afasia) puede resultar muy difícil excluir el diagnóstico de una demencia.

El deterioro intelectual y las dificultades de adaptación características del retraso mental, pueden remedar una demencia. No obstante, las alteraciones de la memoria, características de aquéllas, y no necesariamente presentes en el RM, y el descenso en la adultez del nivel de funcionamiento previamente alcanzado, permiten, por lo general, diferenciarlo.

En ausencia de antecedentes, el vocabulario del paciente puede atestiguar la existencia anterior de una riqueza intelectual en los casos de demencia.

Las alteraciones del nivel de vigilia (obnubilación, estados confusionales y *delirium*) afectan todas las funciones de integración (memoria, orientación, comprensión, atención) y perturban el pensamiento y el raciocinio.

Cuando, como en los casos de *delirium*, existe una clara toma de la vigilia con manifestaciones alucinatorias y conductuales típicas, el problema diagnóstico es saber si el S.E.O.A. se superpone a una demencia o no. En ausencia de claros antecedentes de la existencia de ésta, habrá que esperar a que el *delirium* desaparezca, para evaluar el estado cognoscitivo del paciente.

Otras enfermedades codificables fuera de la categoría F00-F09 también deben, en ocasiones, ser pesquisadas.

El comienzo o acentuación de un trastorno neurótico (F40-F49) o psicopático (F60) en etapas avanzadas de la vida, puede ser el inicio de un cuadro demencial, o por el contrario, causar un deterioro en el funcionamiento general del individuo, que haga falsamente sospecharlo, y se requiere de una rigurosa evaluación de las funciones cognitivas del paciente, para llegar al diagnóstico de certeza.

Las esquizofrenias crónicas de larga evolución, con una presencia importante de síntomas negativos, pueden producir trastornos en el lenguaje, comunicación, afectividad y conducta del paciente, similares a los de una demencia. Sin embargo, la edad de aparición, los antecedentes e historia natural de la enfermedad, la presencia de manifestaciones características de la esquizofrenia en las sensopercepciones y el pensamiento, entre otras características, permiten -por lo general- diferenciar ambas entidades.

La depresión es probablemente el trastorno psiquiátrico que más frecuentemente se confunde con la demencia.

En primer lugar, porque la depresión puede aparecer como un síndrome acompañante de los cambios cognitivos en el contexto clínico del proceso demencial o superponerse a ellos como un epifenómeno asociado.

En segundo término, porque funciones como la memoria, la fluidez del pensamiento, la atención y la capacidad de procesar información (afectaciones típicas de la demencia), suelen verse comprometidas en una depresión mayor, incluso el rendimiento del paciente en las pruebas psicológicas disminuye.

Un claro conocimiento de los antecedentes del paciente puede poner de manifiesto la existencia del déficit cognoscitivo desde antes de aparecer la depresión. El empeoramiento matutino, la existencia de ideas delirantes y alucinaciones, congruentes con un estado depresivo y presentes de manera persistente, así como el antecedente de un hundimiento cognoscitivo en horas o días a partir de un nivel premórbido normal, inclinan la balanza a favor de un trastorno afectivo.

No obstante, en muchas ocasiones, la evolución y la respuesta al tratamiento serán quienes dirán la última palabra.

La presencia del cuadro depresivo asociado a una demencia será registrada en la forma en que se explicó en el acápite de diagnóstico.

Por último, un rendimiento cognoscitivo bajo debido a malas condiciones del entorno o transculturación, la simulación u otras afecciones tendrán, eventualmente, que ser tenidas en cuenta.

Pronóstico

El pronóstico depende fundamentalmente de la patogenia del proceso, y en menor grado, de las condiciones del paciente y del tratamiento indicado.

Como ya fue expresado, hoy día, un diagnóstico de demencia correctamente formulado implica, para la gran mayoría de los pacientes, un deterioro progresivo, irreversible y total de sus funciones cerebrales, y la muerte a corto o mediano plazo.

Pautas para el diagnóstico

Para el diagnóstico de una demencia se requiere:

A Deterioro de la memoria.

- Afecta la capacidad para registrar, almacenar y recuperar información nueva.
- Pérdida evidente de contenidos familiares y de material aprendido en el pasado, en etapas más avanzadas.

B Deterioro del pensamiento y la capacidad de procesar información.

- Dificultades en los procesos de abstracción del pensamiento (pensamiento concreto).
- Reducción del flujo de ideas.
- Rigidez del pensamiento (dificultad para cambiar el foco de atención y mantener atención simultánea a varios estímulos).

C Deterioro volitivo, afectivo y del comportamiento social.

- Al menos uno de las siguientes manifestaciones.
- Labilidad afectiva.
- Irritabilidad.
- Apatía.
- Torpeza en el comportamiento social.

D Las manifestaciones deben ser lo suficientemente intensas como para interferir con la capacidad para una vida autónoma (nivel psicótico de funcionamiento).

E El síndrome debe ser constatado por terceras personas, y de ser posible, evaluado mediante pruebas neuropsicológicas adecuadas.

F Debe representar un cambio (deterioro) significativo, a partir de un nivel previamente alcanzado.

G La evaluación debe ser realizada en ausencia de otras condiciones físicas o mentales capaces de interferir transitoriamente con el rendimiento mental del paciente (enfermedades sistémicas, *delirium*, depresión, etc.). Así, como de situaciones capaces de afectarlo (cambios bruscos del ambiente, presencia de estresores fuertes, etc.)

H Se requiere una duración de los síntomas no menor de 6 meses para un diagnóstico de certeza.

I Las manifestaciones del paciente no podrán ser atribuibles a ninguna entidad codificable en otra sección de la CIE.

J Edad de 18 o más años

Nota: Debe hacerse uso de los ejes adicionales para especificar el grado de minusvalía y las condiciones específicas de cada caso.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Esos criterios satisfacen los requisitos exigidos por la CIE-10 para investigaciones (CDI), para un grado de demencia mayor que leve. Este manual recomienda tomar en cuenta los fenómenos afaso-apraxo-agnósicos en el diagnóstico.

Se recomienda en la práctica clínica no hacer uso del diagnóstico de un grado leve de demencia (CDI (CIE-10)) por los motivos previamente analizados. Si por razones de investigación se requiere usarlo, o distinguir entre los grados moderado y marcado de demencia deberá consultarse dicho manual.

En el DSM-IV se exige la presencia de los trastornos de memoria, y además, por lo menos uno de los siguientes trastornos cognoscitivos: afasia, apraxia o agnosia, o trastornos del pensamiento: procesos de abstracción, iniciar, modular o detener acciones complejas, cambiar de un patrón mental a otro etc.

Los criterios D al I son exigidos en ambos manuales, en los cuales se admite el diagnóstico durante la infancia

F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer

Existen dos variedades de demencia en la enfermedad de Alzheimer (D.E.A.), la de inicio tardío, conocida en la CIE-9 como demencia senil (290.0-290.2-290.3), y la de comienzo

precoz, que la 9na. revisión de la CIE ubicaba en la subcategoría 290.1 "demencia presenil", junto con otras causas de deterioro orgánico global y temprano.

La enfermedad de Alzheimer es, con mucho, la causa más frecuente de demencia, y sola o en combinación con la demencia vascular, es la responsable de más de las tres cuartas partes de los casos registrados.

Su evolución suele ser relativamente lenta (aunque más rápida en la variedad de inicio precoz) y continuamente progresiva.

Frecuentemente presenta períodos prodrómicos con una fachada pseudoneurótica, asténica o depresiva, que dificultan el diagnóstico.

Sus manifestaciones clínicas, evolución y pronóstico, son los típicos de una demencia de instalación progresiva en cuanto al deterioro de la memoria, las funciones intelectuales superiores, la capacidad adaptativa y la afectividad. (Ver demencia).

Los pacientes con inicio tardío comienzan sus síntomas después de los 65 años (habitualmente después de los 70) y están caracterizados por un empobrecimiento gradual y progresivo de la memoria y las funciones cognitivas, junto con un embotamiento afectivo-volitivo, habitualmente acompañado de un evidente deterioro del aspecto físico y la vitalidad del paciente.

La evolución es irreversible y progresiva, sin descensos bruscos ni recuperaciones parciales, salvo las producidas por una afección intercurrente.

Suele ocurrir una rápida afectación de los esfínteres. El cuadro se completa con la aparición de los síntomas afaso-apráticos.

Las convulsiones son raras en los períodos iniciales, pero pueden presentarse con cierta frecuencia en la medida en que la enfermedad progresa.

Hay una clara propensión a presentar alteraciones de conciencia frente a noxas menores. La existencia de trastornos de la vigilia debe ser registrada en F05.1.

Tampoco resulta rara la presencia de manifestaciones paranoides (ideas delirantes y alucinaciones) y de estados depresivos, que pocas veces satisfacen los criterios para merecer un diagnóstico adicional, y que también deben ser registrados con un quinto dígito.

Se sabe que el riesgo de padecer una enfermedad de Alzheimer de tipo precoz es mayor en los familiares de primer grado de las personas que la padecen, que en la población general, y se han encontrado evidencias de un carácter hereditario (autosómico dominante) en algunas familias (variedad de inicio tardío).

También ha sido registrada una mayor incidencia en pacientes con síndrome de Down y antecedentes de trauma craneal.

Los estudios más recientes parecen acreditarle una base genética a dicha enfermedad, en la cual la muerte neuronal estaría genéticamente programada para ocurrir precozmente.

Diagnóstico

El diagnóstico clínico de la demencia en la enfermedad de Alzheimer se sustenta en dos postulados:

- a) Demostración de la presencia de una demencia de evolución progresiva.
- b) Ausencia de los criterios necesarios para hacer el diagnóstico de otro tipo de demencia con esas características.

Diagnóstico diferencial

La diferenciación entre la demencia de Alzheimer y otras entidades ajenas a la demencia se basa en los mismos criterios y procedimientos tratados ya en el acápite de diagnóstico diferencial de las demencias.

Dentro del grupo de las demencias, es la de causa vascular la que mayores problemas puede acarrear, en ese sentido.

Los antecedentes de infarto o isquemias cerebrales, la evolución escalonada, el carácter "en parche" (deterioro desigual de las distintas capacidades), la toma más tardía de la crítica, la presencia de signos clínicos y de laboratorio, de lesiones cerebrales focales y la presencia de crisis epilépticas en los estadios iniciales, suelen permitir identificar un origen cerebrovascular de la demencia; a lo que puede agregarse una afectividad más lábil y disfórica que apática, antecedentes de hipertensión arterial y otras manifestaciones accesorias.

No obstante, ambas afecciones pueden coexistir y no es raro que un pequeño accidente vascular, que no hubiera tenido mayores consecuencias para un cerebro normal, se sobreimponga a los fenómenos degenerativos de la enfermedad de Alzheimer, y haga evidente la presencia de un proceso demencial hasta entonces inadvertido, que lleva al diagnóstico erróneo de demencia de causa cerebrovascular.

Dentro de las causas que pueden motivar estados demenciales en edades tempranas de la vida, capaces de confundirse con una enfermedad de Alzheimer de inicio precoz, las mayores dificultades las presenta la enfermedad de Pick.

Aunque el predominio de los síntomas frontales, el deterioro ético-moral precoz y el hecho de que la afectación del comportamiento preceda a la de la memoria (propios de la enfermedad de Pick), pueden ayudar a discriminar la una de la otra, el diagnóstico diferencial entre esas dos entidades suele ser muy difícil, y prácticamente imposible en las etapas avanzadas del síndrome demencial.

Otras noxas causantes de demencias en edades tempranas, como la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob, Huntington, Parkinson etc., además de ser más raras, presentan cuadros clínicos y hallazgos en los exámenes complementarios lo suficientemente típicos, como para poder identificarlos con claridad.

Pautas para el diagnóstico

- a) Deben ser satisfechas las pautas de demencia, y ésta ser de carácter progresivo, de evolución insidiosa, aunque más rápida en la variedad de inicio precoz.
- b) Otras posibles causas de las manifestaciones clínicas deben ser excluidas. Ver diagnóstico diferencial,

F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo temprano.

Demencia de tipo Alzheimer en que el inicio ocurre precozmente (antes de los 65 años) y evoluciona más rápidamente, con aparición temprana de síntomas afaso-apráticos.

Pautas para el diagnóstico

- A) Se cumplen los criterios diagnósticos generales de Demencia en la enfermedad de Alzheimer.
- B) Comienzo antes de los 65 años.
- C) Evolución relativamente rápida
- D) Presencia de manifestaciones que evidencian la implicación de los lóbulos frontal y temporal.

Incluye: demencia presenil, tipo Alzheimer, Demencia por enfermedad de Alzheimer tipo II.

F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo tardío (tipo 1)

Variedad de demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo posterior a los 65 años (habitualmente en los 70) de evolución lenta e insidiosa, con trastornos mnésicos muy evidentes.

Pautas para el diagnóstico

- A) Satisfacer los requisitos diagnósticos de demencia en la enfermedad de Alzheimer.
- B) Inicio después de los 65 años.
- C) Evolución lenta

D) Predominio de las alteraciones mnésicas.

Incluye: Enfermedad de Alzheimer tipo 1
Demencia senil tipo Alzheimer.

F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer, atípica, o de tipo mixto.

Se registrarán aquí, aquellos cuadros clínicos que satisfacen los requerimientos diagnósticos de F00, pero no los de F00.0 ni F00.1, y las demencias mixtas (vasculares y Alzheimer).

F00.9 Demencia en la enfermedad de Alzheimer, no especificada.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Esos criterios satisfacen las pautas diagnósticas de investigación de la CIE-10 (CDI).

En el DSM-IV se exige el cumplimiento de los criterios de demencia y que ésta sea de instalación gradual y continua. La diferenciación entre las variedades de inicio precoz y tardío se establece exclusivamente en virtud de la edad de comienzo (antes o después de los 65 años).

F01 DEMENCIA VASCULAR

Esa entidad, conocida en la CIE-9 como demencia arterioesclerótica y más tarde como demencia por multi-infartos, constituye la segunda causa de demencia.

Es la consecuencia de múltiples infartos del tejido cerebral de causas vasculares, incluida la hipertensión arterial, lo que realza su importancia, ya que permite a través de un diagnóstico y tratamiento precoces de la enfermedad vascular de base, prevenir, enlentecer o detener su progresión.

Típicamente aparece en la vejez, pero a edades más tempranas que la demencia en la enfermedad de Alzheimer. Es más frecuente en el sexo masculino.

Con frecuencia pueden ser halladas anormalidades neurológicas menores en etapas precoces de la enfermedad, que pueden incluso, preceder por un buen tiempo a los trastornos mentales.

La estructura básica de la personalidad se conserva hasta un período avanzado de la afección, pero no es raro que se presente apatía, desinhibición o acentuación de los rasgos de personalidad, junto con labilidad afectiva, irritabilidad y pobre control de los impulsos en etapas tempranas del trastorno.

Una hipertensión mantenida es un antecedente frecuente, así como la historia de *ictus* transitorios con toma de conciencia, parestias, o períodos fugaces de amaurosis.

Tras una serie de accidentes vasculares (excepcionalmente de uno de grandes proporciones) comienzan a hacerse evidentes las características de un proceso demencial progresivo, con los rasgos distintivos siguientes:

- a) Comienzo brusco con evolución escalonada (hundimiento súbito con recuperación incompleta de las funciones cerebrales consecutivas a accidentes vasculares recurrentes).
- b) Demencia en parche (deterioro desigual de las distintas funciones).
- c) Conservación relativa (en las etapas tempranas) del juicio y la conciencia de enfermedad respecto a la merma de la memoria y el intelecto.
- d) Presencia de signos neurológicos focales: hiperreflexia tendinosa profunda, signo de Babinsky, alteraciones de las respuestas pupilares, parálisis pseudobulbar, paresias en alguna extremidad, dificultades en la marcha etc.

Adicionalmente, deben estar presentes alteraciones sugestivas o confirmatorias de la enfermedad de base (hipertensión arterial, focos embolígenos etc.) y sus secuelas en otros órganos de la economía, a través de la clínica y de los resultados de los exámenes complementarios.

Diagnóstico diferencial

Ver diagnóstico diferencial de demencia y de demencia en la enfermedad de Alzheimer.

Incluye: Demencia predominantemente cortical.

Pautas para el diagnóstico

1. Se cumplen los criterios generales para el diagnóstico de la Demencia
2. Se cumplen los criterios a, b, c, d expuestos en la descripción de esta subcategoría.
3. Evidencias de una enfermedad cerebro vascular de base.

Nota: La presencia de alteraciones en la personalidad (caricaturización), y de signos neurológicos blandos en el período prodrómico, puede ser detectada, pero no es imprescindible para el diagnóstico.

Es frecuente durante el período de estado la aparición de manifestaciones afectivas (labilidad e irritabilidad).

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estos criterios son compatibles con los CDI (CIE-10). En el DSM-IV exige, además del cumplimiento de los requisitos generales de demencia, la evidencia clínica (signos neurológicos focales) o mediante los hallazgos de exámenes complementarios, de una enfermedad cerebro vascular implicable en la patogenia del proceso.

Incluye: Demencia arteriosclerótica.
Demencia por multi-infartos (infartos múltiples).

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe establecerse tanto con otros síndromes orgánicos (no demenciales), como con otros tipos de demencias (ver Demencia en la enfermedad de Alzheimer).

Algunos trastornos codificables fuera de la categoría F00-F09 como la esquizofrenia y la depresión, etc. deben ser siempre tenidos en mente.

F01.0 Demencia vascular de comienzo agudo

Se produce rápidamente (unos pocos meses por lo general), como consecuencia de varios accidentes vasculares encefálicos (raramente uno masivo).

F01.1 Demencia vascular por infartos múltiples (de predominio cortical)

Se instala de manera mucho más lenta que la variedad anterior, por la suma de los efectos de múltiples infartos cerebrales de causa vascular (ver descripción de F01).

Incluye: Demencia vascular predominantemente cortical.

F01.2 Demencia vascular subcortical

Las lesiones asientan fundamentalmente en la sustancia blanca, sin toma evidente de la corteza cerebral. Es muy frecuente el antecedente de hipertensión arterial.

El cuadro clínico puede ser difícil de distinguir de una demencia por enfermedad de Alzheimer.

Incluye: Encefalopatía de Binswanger (si existe desmielinización difusa de la sustancia blanca)

F01.3 Demencia vascular mixta, cortical y subcortical

F01.8 Otras demencias vasculares, especificadas

F01.9 Demencia vascular, no especificada

F02 DEMENCIA EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE

En esta categoría se ubicarán un grupo de síndromes que satisfacen los criterios de demencias, pero no los de F00 ni F01, se presentan, preferentemente, en edad presenil y tienen características clínicas, anatomopatológicas y nosogénicas propias que permiten diferenciarlos de otros tipos de demencias.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico exige la presencia de una demencia tal y como se ha descrito en la introducción y de los rasgos característicos de uno de los síndromes especificados más abajo.

F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick

Suele aparecer entre los 50 y 60 años, se caracterizan por una toma más temprana y marcada de los lóbulos frontales.

Los cambios en el carácter y en el comportamiento social (incluye transgresiones ético-morales) suelen preceder a aquellos de tipo mnésicos y cognitivos y a las alteraciones del lenguaje y la afectividad.

Esta entidad debe ser sospechada en toda demencia presenil con un menoscabo precoz y marcado de los patrones ético sociales y del comportamiento. No obstante su diferenciación de otras demencias preseniles, puede ser muy difícil, y en ocasiones, sólo es posible formularla con base en hallazgos necrópsicos.

Pautas para el diagnóstico

- A) Se satisfacen los criterios generales de demencia.
- B) Deterioro progresivo, constante y relativamente lento, con las características más arriba señaladas.
- C) Predominio de la afectación frontal
- D) Afectación relativamente tardía de la memoria y las funciones parietales.

Diagnóstico diferencial

Deben ser descartadas otras causas de demencias en esta etapa de la vida; especialmente, las consecutivas a la enfermedad de Alzheimer, la neurosífilis, la hidrocefalia normotensa y la enfermedad cerebro-vascular.

F02.1 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

Se considera que es debida a la acción de un virus lento que, por lo general, pero no siempre se manifiesta por un cuadro demencial acompañado de movimientos involuntarios y frecuentemente de alteraciones electroencefalográficas características. Puede comenzar a cualquier edad, aunque lo más frecuente es que lo haga alrededor de los 50 años.

Pautas para el diagnóstico

- a) Se satisfacen las pautas de demencia
- b) Evolución acelerada, con rápido y grave deterioro de las funciones cerebrales superiores.
- c) Síntomas neurológicos floridos, tanto piramidales como extrapiramidales, así como afasia y trastornos visuales.

Nota: Los signos neurológicos pueden preceder a la demencia. Es frecuente, pero no constante, el hallazgo de un registro electroencefalográfico típico (descargas periódicas puntiformes trifásicas y sincrónicas de bajo voltaje), lo que unido a la clínica da mayor solidez al diagnóstico. Debe tenerse en cuenta que una proporción no despreciable de los pacientes presentan cuadros atípicos, sólo identificables a través de la anatomía patológica.

F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington

Cuadro clínico que aparece durante la evolución y como consecuencia de una corea de Huntington, la cual es una enfermedad transmitida por un gen autosómico dominante (en el brazo corto del cromosoma 4). Generalmente comienza con síntomas atípicos de carácter neurótico, psicopático o paranoide, que suelen preceder a las alteraciones demenciales y neurológicas características de esta afección. La evolución es lenta y progresiva, y puede presentarse a cualquier edad desde la primera infancia hasta tardíamente en la tercera edad, aunque la mayoría de los pacientes son diagnosticados durante la 4ta. o 5ta. década de la vida.

Incluye: Demencia por corea de Huntington.

Pautas para el diagnóstico

- A) Se cumplen los criterios generales de demencia
- B) Predominio de síntomas subcorticales con deterioro tardío de la memoria.
- C) Presencia de los síntomas característicos de la enfermedad de Huntington.
- D) Exclusión de otras posibles causas.

F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson

Se ubicarán aquí aquellas demencias surgidas durante la evolución de una enfermedad de Parkinson (especialmente en las formas graves) y que se juzguen debidas a ésta.

Incluye: Demencia en la parálisis agitante, Demencia en los parkinsonismos.

Pautas para el diagnóstico

- A) Se cumplen las pautas generales de demencia
- B) La demencia aparece durante la evolución, ya avanzada de una enfermedad de Parkinson generalmente grave.
- C) Otras causas de demencias pueden ser razonablemente excluidas.

F02.4 Demencia en la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Se trata de un trastorno caracterizado por déficits cognoscitivos y que cumple las pautas para el diagnóstico de demencia, en ausencia de enfermedad concurrente u otra condición distinta a la infección por VIH, que pudiera explicar los hallazgos.

Incluye: Complejo Demencia-SIDA, Encefalopatía por VIH.

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

Se incluyen aquí las demencias que pueden presentarse como consecuencia de trastornos cerebrales o somáticos generales, los cuales también deben ser registrados.

Incluye: Complejo parkinsonismo-demencia de Guam, demencias causadas por: epilepsia, enfermedades neurodegenerativas, neurosífilis colágenosis, trastornos nutricionales, endocrinos o metabólicos y daño cerebral debido a agentes físicos, químicos, etc.

F03 DEMENCIA, NO ESPECIFICADA

Incluye: Demencia presenil S.O.E., Psicosis presenil o senil S.O.E., Demencia degenerativa primaria (S.O.E.)

F04 SÍNDROME AMNESICO ORGANICO, NO INDUCIDO POR ALCOHOL O POR OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Es un trastorno caracterizado por:

- a) Marcado menoscado de la memoria de fijación (con conservación de la memoria inmediata) y dificultad para evocar hechos remotos; esto último es menos constante y puede tener ciertas peculiaridades según la localización y extensión de las lesiones. Como consecuencia del fallo mnésico, la capacidad de aprendizaje y la orientación temporal (no así la autopsíquica) están afectadas.
- b) Otras funciones cerebrales se encuentran conservadas, o sea, el síndrome no forma parte de un cuadro más amplio como una demencia por ejemplo.
- c) El cuadro amnésico no se presenta exclusivamente durante períodos de turbación de la vigilia.
- d) Existe evidencia de que los síntomas son causados por una enfermedad de carácter somático u orgánico-cerebral.
- e) El consumo de sustancias psicoactivas ha sido excluido como causa del síndrome

f) El trastorno es lo suficientemente importante como para interferir significativamente con el desempeño personal, social y familiar del paciente.

Suele existir poca o ninguna conciencia de enfermedad. Las fabulaciones y los síntomas paranoides y afectivos aparecen con cierta frecuencia, pero su presencia no es necesaria para hacer el diagnóstico.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico consiste en identificación de las características descritas en los incisos a, b, c, d, e y f de la descripción de esta subcategoría.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estos criterios satisfacen las pautas de los CDI y del DSM-IV.

Incluye: estado dismnésico, estado amnésico, psicosis de Korsakov (no alcohólica).

Diagnóstico diferencial

Se deben investigar otros síndromes orgánicos en los que hay un deterioro marcado de la memoria (por ejemplo, demencia o *delirium*), así como los trastornos neuróticos, afectivos, la simulación y por definición, los cuadros amnésicos causados por sustancias psicoactivas.

F05 ESTADO CONFUSIONAL O DE *DELIRIUM*, NO INDUCIDO POR EL ALCOHOL U OTRAS SUTANCIAS PSICOACTIVAS.

Se registrarán aquí, los estados confusionales y de *delirium* (ver pág. 18), con excepción de aquellos causados por el alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Incluye: Estados confusionales o de *delirium* causados por el consumo (por prescripción médica) de sustancias psicoactivas.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes:

- a) Trastornos de las funciones de integración (vigilia, memoria comprensión y orientación)
- b) Trastornos de las funciones cognoscitivas (sensopercepción y pensamiento)
- c) Trastorno de la psicomotilidad
- d) Trastorno de la esfera afectiva
- e) Trastorno del sueño
- f) Carácter fluctuante

g) Identificación de una causa orgánica con excepción del consumo de alcohol u otra sustancia psicoactiva.

Los trastornos de la vigilia pueden ir de la obnubilación al coma. Suelen presentarse ilusiones y alucinaciones, más frecuentemente visuales y táctiles así como alteraciones del pensamiento que incluyen lentificación, disgregación ideación paranoides y lógica oniroide (ver pág. 17,18)

De acuerdo con el contenido del pensamiento y las características e intensidad de las alucinaciones, la afectividad puede variar de la apatía a estados de complacencia o de terror y la motilidad de la acinesia a la agitación, o ser incoherente. Son constantes las alteraciones del dormir y el soñar con insomnio, alteraciones del ciclo sueño-vigilia y ensoñaciones vívidas de intenso contenido afectivo.

El GC3 permite la posibilidad de rubricar como estado confusional no inducido por alcohol u otras drogas a aquellos pacientes cuyas manifestaciones sintomáticas no hayan alcanzado el nivel de un síndrome de *delirium* (Síndromes confusionales); en tales casos, el clínico se guiará por la descripción del síndrome de confusión mental descrito en el capítulo de Definición de Términos y Precisión de Categorías, pág.18.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estos criterios se ajustan, en lo esencial, a las pautas para investigaciones de la CIE-10, pero en dicho manual se detallan más las alteraciones que deben estar presentes en los criterios a, b, c y d antes expuestos, y no se incluyen los trastornos en la esfera afectiva (criterio d del GC3).

En el DSM-IV se exigen criterios muy similares, y aclara explícitamente, que ninguno de los síntomas puede deberse a una demencia.

Incluye: estado confusional agudo (no alcohólico), estado confusional subagudo (no alcohólico), síndrome cerebral agudo, síndrome psicoorgánico agudo. Psicosis infecciosa aguda o subaguda, reacción orgánica aguda o subaguda y psicosis sintomática.

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta las demencias, el estado de agitación o estupor histriónicos, los trastornos esquizofrénicos y del estado de ánimo, así como las reacciones a gran estrés con toma de la conciencia.

F05.0 Estado Confusional o de *Delirium*, no superpuesto a demencia

F05.1 Estado Confusional o de *Delirium*, superpuesto a un cuadro demencia

F05.8 Otros estados confusionales o de *delirium*, especificados

F05.9 Estado confusional o de *delirium*, no especificado

F06 OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESION O DISFUNCION CEREBRAL

Se incluirá en esta categoría un grupo de trastornos que tienen en común:

1ro. Una base orgánica conocida (ver criterio de orgánico)

2do. Un cuadro clínico que remeda al de aquellos trastornos codificables fuera de la categoría F00-F09.

Por definición, quedan excluidos los trastornos debido al consumo de alcohol u otras sustancias PSICOACTIVAS, los cuales serán registrados en la categoría F10-F19.

Pautas para el diagnóstico

Para incluir un trastorno en esta categoría se requiere:

1. La presencia de una enfermedad somática o cerebral capaz de causar el trastorno, que precede a este en el tiempo.
2. Evolución paralela de los trastornos mentales y somáticos (los primeros mejoran o desaparecen al remitir la enfermedad de base)
3. Otras posibles causas pueden ser razonablemente excluidas

En las pautas para investigaciones de la CIE-10 se exigen los criterios 1 y 3 para un diagnóstico provisional y del 2 para certeza. En el DSM-IV se exigen los criterios 1 y 3 y que el trastorno no ocurra exclusivamente durante un *delirium*.

Entre las noxas que, con mayor frecuencia, causan este trastorno se incluyen:

La epilepsia, infecciones y neoplasias (intra y extracraneales), enfermedades vasculares y neurodegenerativas, las enfermedades del colágeno, los trastornos endocrino-metabólicos (hiper o hipofunción tiroidea o suprarrenal por ejemplo), las enfermedades producidas por agentes físicos y químicos (traumas craneales, tóxicos, preparados hormonales, etc.) y los estados de exhaustación.

F06.0 Alucinosis orgánica

Se caracteriza por la presencia, de manera continua o recurrente de alucinaciones, sin alteraciones de la vigilia y con conservación de la crítica sobre su carácter morboso.

Pautas para el diagnóstico

Para el diagnóstico de alucinosis orgánica se requiere:

1. La presencia de un cuadro clínico como el descrito en el párrafo anterior
2. Que las alucinaciones dominen el cuadro clínico aunque pueden existir interpretaciones paranoides y alteraciones afectivas derivadas de aquéllas y no preponderantes en el síndrome.
3. La ausencia de elementos de juicio que sugieran la posibilidad de que el trastorno forme parte de otro mayor (Demencia por ejemplo) o sea causado por una entidad clasificable en otro acápite de este manual.

Estos requisitos satisfacen los C.D.I. de la CIE-10. En el DSM-IV se considera dicho trastorno dentro del grupo de: Trastorno psicótico debido a enfermedades somáticas.

Incluye: Estado alucinatorio orgánico (no alcohólico), delirio dermatozoico.

Excluye: Alucinosis debida al consumo de sustancias psicoactivas (F1X.52).
Esquizofrenia (F20).
Estados Confusionales o de *delirium*.

F06.1 Trastorno catatónico, orgánico

Se registrarán aquí aquellos síndromes de agitación o estupor catatónico que satisfagan las pautas diagnósticas de F06.

Pautas para el diagnóstico

1. Deben satisfacerse los requisitos diagnósticos de F06
2. Debe estar presente un cuadro estuporoso o de agitación psicomotriz. El paso de uno a otro estado también es posible
3. Ausencia de elementos de juicio que sugieran la existencia de otro trastorno codificable, que pudiera explicar mejor el cuadro clínico.

Estas pautas satisfacen los criterios de investigación (CDI) y del DSM-IV. En este último se aclara que los síntomas no deben ocurrir únicamente mientras evoluciona un *delirium*.

Excluye: Esquizofrenia catatónica (F20.2).
Estupor disociativo (F44.2)
Estupor SOE R40.1
Reacción a estrés agudo grave (F43.0)
Estupor depresivo

F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme), orgánico

El cuadro clínico está dominado por las ideas delirantes. También pueden presentarse otros trastornos del pensamiento y alucinaciones.

Los fenómenos psicopatológicos antes descritos pueden incluir algunos considerados como “típicamente esquizofrénicos”.

Pautas para el diagnóstico

1. Se cumplen los requisitos diagnósticos de F06
2. Los síntomas delirantes constituyen el rasgo fundamental, y ocurren sin la presencia de obnubilación de la conciencia
3. No existen elementos sugestivos de que el síndrome forme parte de un trastorno más amplio, o sea mejor explicable como parte de otro trastorno codificable *ad hoc*.

Estos criterios se corresponden en general con los de los CDI (CIE-10) y los del DSM-IV.

Incluye: Estados orgánicos paranoides o alucinatorio-paranoides, psicosis esquizofreniformes de la epilepsia.

Excluye: Esquizofrenia (F20), otros estados delirantes prolongados (F22), episodio psicótico agudo transitorio (F23), estado psicótico debido al consumo de sustancias psicoactivas. (F1X.5).

F06.3 Trastorno del estado de ánimo, orgánico

Se registrarán aquí aquellos cuadros clínicos que satisfacen, tanto las pautas diagnósticas de F06 como los criterios sintomáticos de un episodio afectivo (F30-F32).

Pautas para el diagnóstico

1. Se satisfacen los criterios diagnósticos de F06.
2. Se cumplen las pautas diagnósticas de un episodio afectivo.

Los siguientes códigos de 5 caracteres pueden usarse para especificar el cuadro clínico:

- F06.30 Trastorno maníaco orgánico.
- F06.31 Trastorno bipolar orgánico.
- F06.32 Trastorno depresivo orgánico.
- F06.33 Trastorno del estado de ánimo mixto orgánico.

Esos criterios coinciden con los de investigación (CDI). En el DSM-IV se aclara que deben ocurrir los síntomas no solamente mientras evoluciona un *delirium*, y no se exige que los síntomas satisfagan las pautas diagnósticas de algún trastorno codificable entre F30 y F32, pero sí que su intensidad sea suficiente para provocar un malestar importante e interferir significativamente con el funcionamiento del paciente en algún área. En los casos de depresión, debe aclararse si se satisfacen o no los criterios de un episodio depresivo mayor.

Excluye: Los trastornos del estado de ánimo específicos de los epígrafes F30 - F39

Trastornos del hemisferio cerebral derecho (F07.8).

Trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas y las reacciones psicológicas (afectivas) ante la enfermedad.

F06.4 Trastorno de ansiedad, orgánico

Se recogerán en este acápite aquellos estados de ansiedad que además de presentar las características propias de los trastornos de ansiedad generalizada (F41.1) o de pánico (F41.0), tengan una base orgánica conocida.

Pautas para el diagnóstico

Deben ser satisfechas las pautas diagnósticas de F06 y los criterios sintomáticos de F41.1 ó F41.0.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estas pautas satisfacen los criterios diagnósticos de la CIE-10

En el DSM-IV no se exige explícitamente que se satisfagan las pautas de un trastorno de pánico o ansiedad generalizada, pero sí que las manifestaciones obsesivo-compulsivas, de ansiedad, o los ataques de pánicos dominen el cuadro clínico.

Al igual que en las demás subcategorías de F06, se exige una intensidad importante del trastorno, y el hecho de que éste no ocurra solamente durante la evolución de un *delirium*.

Excluye: Otros trastornos ansiosos no asociados a trastornos orgánicos (F41) y aquellos debidos al consumo de sustancias psicoactivas.

F06.5 Trastorno disociativo, orgánico

Se trata de un trastorno en que se combinan las pautas de uno de los trastornos de F44, trastornos disociativos (de conversión), y las de F06. Estos criterios concuerdan con los de investigación de la CIE-10. En el DSM-IV no se individualiza dicha categoría.

Excluye: Trastorno disociativo no asociado a trastornos orgánicos (F44), y aquellos consecutivos al estrés (F43) o al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19).

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

Se ubicarán aquí aquellos trastornos de base orgánica caracterizados por manifestaciones asténicas y de labilidad emocional, así como por quejas de carácter somático.

Excluye: trastornos somatomorfos no asociados a trastornos orgánicos (F45).

F06.7 Trastorno cognoscitivo leve

Se trata de un trastorno caracterizado por sentimientos de fatiga mental y de dificultad para aprender, así como por déficits de memoria y distractibilidad. Estos síntomas son causados por una enfermedad física, y pueden ocurrir simultánea o inmediatamente antes o después de su aparición.

La presencia de cualquier otro trastorno codificable en este manual excluye el diagnóstico de esta entidad.

Pautas para el diagnóstico

1. Se cumplen los criterio diagnósticos de F06.
2. Presencia del cuadro clínico descrito en el párrafo anterior.
3. No se satisfacen los criterios de ningún otro trastorno codificable en este manual.

Estos criterios satisfacen, en su esencia, los de los CDI, pero en dicho manual se desglosa detalladamente el criterio 2 de este glosario (GC3) y se exige, además, la constatación del déficit cognoscitivo mediante pruebas estandarizadas.

Esa entidad no ha sido recogida en el DSM-IV, queda como tema que debe investigarse, para definir si se incorpora o no a dicho manual.

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

Incluye: Psicosis epiléptica, no especificada.

Distimias asociadas a la terapia esteroidea.

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

F07 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS A ENFERMEDAD, LESION O DISFUNCION CEREBRAL.

La alteración de la personalidad y del comportamiento debida a una enfermedad, lesión o disfunción cerebral puede acompañar a la enfermedad de base o instalarse como una secuela de la misma.

F07.0 Trastorno de la personalidad, orgánico

Se entiende por trastorno orgánico de la personalidad a la ocurrencia de un cambio significativo, morbos y estable en el comportamiento de un individuo, como consecuencia de lesiones que afectan los tejidos cerebrales comprometidos con la voluntad, los afectos, impulsos, necesidades y algunas funciones cognoscitivas relacionadas con la capacidad del

pensamiento abstracto, para planificar las actividades propias, prever sus consecuencias y tener lo que comúnmente conocemos como "tacto" y "sentido común".

La modificación de la conducta es estable (o sea, no está presente en unos momentos y en otros no, ni solamente durante un cuadro de *delirium* o depresivo) y representa una desviación significativa de la personalidad premórbida (o del desarrollo de ésta si se trata de un niño) que interfiere evidentemente con su desenvolvimiento personal y social.

El trastorno no se circunscribe a algún aspecto específico de la personalidad, como la aparición o acentuación de algún rasgo, sino que tiene carácter global, de forma tal que "la manera de ser" del sujeto cambia lo suficiente como para que los que lo conocen utilicen términos como "quitaron a una persona y pusieron a otra," que denotan variaciones esenciales en el comportamiento.

Las modificaciones ocurridas no deben satisfacer los criterios diagnósticos de una demencia o un retraso mental, ni ser sus manifestaciones prodrómicas.

Tampoco se incluirán en este acápite las transformaciones permanentes de la personalidad, que se derivan de haber sufrido la experiencia de una enfermedad mental importante (F62.1) o una situación catastrófica (F62.0).

Una clara relación causa efecto debe ser establecida entre la enfermedad o lesión de base y las manifestaciones clínicas, de modo que tres cosas deben ser demostradas: a) presencia de una enfermedad o lesión cerebral, b) que ésta sea la causa de los síntomas y c) que éstos satisfagan los criterios de inclusión en esta categoría.

Los síntomas pueden ser variables (ver pautas diagnósticas) y combinarse de distintas formas.

Pautas para el diagnóstico

1. Presencia de un cambio morbosos, estable y significativo en la manera de ser del paciente, respecto a sus patrones premórbidos o evidente desviación del desarrollo de su personalidad si ocurre tempranamente.
2. Demostración de una causa orgánica del cambio.
3. La alteración no forma parte de un trastorno más amplio codificable *ad hoc*, ni puede ser mejor explicada por ninguna otra de las entidades registradas en este manual.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estos criterios son compatibles con los del DSM-IV. La versión para investigaciones de la CIE-10 establece pautas más detalladas y menos flexibles.

Incluye: Síndrome del lóbulo frontal, síndrome post-lobotomía y post-leucotomía.

Personalidades epilépticas.
Personalidad orgánica.

Diagnóstico diferencial

Todas las enfermedades somáticas importantes que impliquen sufrimiento, invalidez o peligro de muerte pueden distorsionar la manera de ser del paciente por sus implicaciones psicosociales y deben ser diferenciadas de los trastornos orgánicos de la personalidad, donde el cambio se debe a una agresión directa del tejido cerebral.

De igual modo, deben tomarse en cuenta todos los trastornos mentales que pueden influir, de forma general, en el funcionamiento humano, como son las depresiones, la esquizofrenia, los trastornos no orgánicos de la personalidad (F.60) etc. y los trastornos orgánicos correspondientes a los demás rubros de la categoría F00-F09.

Excluye: Síndrome post-conmocional (F07.2)
Síndrome post-encefálico (F07.1)
Trastorno de Personalidad(F60).
Transformación persistente de la personalidad tras una experiencia catastrófica (F62.0). Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica (F62.1).
Cambios de la personalidad durante la evolución de un proceso más amplio (demencia, por ejemplo).

F07.1 Síndrome postencefalítico

No obstante el carácter inespecífico de sus manifestaciones clínicas, se reserva esta subcategoría para los cambios en la personalidad consecutivos a una meningoencefalitis (bacteriana o viral), por el carácter reversible de este síndrome.

Pautas para el diagnóstico

1. Se satisfacen las pautas generales de F07
2. Evidencia de haber padecido recientemente una meningoencefalitis viral o bacteriana.
3. El cuadro clínico es reversible.
4. Presencia de síntomas neurológicos residuales (trastornos sensoriomotores, fenómenos afaso-apráticos, etc.)
5. El cuadro clínico no es mejor explicable por ningún otro trastorno codificable *ad hoc*.
6. No menos de dos años de duración.

Excluye: trastorno orgánico de personalidad (F07.0)

F07.2 Síndrome postconcusional

Se produce tras un trauma craneal, que por lo general ha sido intenso y producido pérdida de la conciencia.

El cuadro clínico es proteico, abigarrado, y concomitan síntomas de corte hipocondríaco como quejas de cefaleas, mareos, etc., con otros asteniformes, como malestar general, fatigabilidad, distractibilidad y dificultades con la memoria. La afectividad puede ser lábil, con tendencia a la irritabilidad, y también puede presentarse cierto grado de depresión y ansiedad. Muchos pacientes refieren dificultades con el sueño, así como intolerancia al ruido, al calor, a la exposición intensa a los rayos solares y al alcohol.

Es frecuente la presencia de un comportamiento de tinte hipocondríaco, con hipervaloración de sus dolencias y temor exagerado a quedar crónicamente enfermo.

Pautas para el diagnóstico

1. Se cumplen los requerimientos diagnósticos de F07
2. Antecedentes recientes (alrededor de un mes como límite) de un trauma craneal lo suficientemente grave como para explicar los síntomas.
3. Exclusión de cualquier otro trastorno que explique mejor el cuadro clínico
4. Presencia de un síndrome compatible con el descrito en el párrafo anterior

Estos criterios coinciden en esencia con los CDI de la CIE-10. En dicho manual, se puntualiza la necesidad de constatar manifestaciones de, al menos, tres de los seis grupos en que se dividen los síntomas (quejas de carácter general, cambios emocionales, dificultades cognitivas subjetivas, insomnio, intolerancia al alcohol y comportamiento hipocondríaco).

La A.P.A. no ha considerado conveniente la inclusión de ese síndrome en los rubros diagnósticos del DSM-IV, y queda como tema de investigación con vistas a valorar, en un futuro, la pertinencia o no de su incorporación. Se sugieren criterios diagnósticos de investigación muy similares a los de la CIE-10 (CDI).

Incluye: Síndrome postconcusional, síndrome cerebral postraumático no psicótico.

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

Incluye: Trastorno afectivo orgánico por afectación del hemisferio derecho.
Síndromes específicos de trastornos orgánicos de la personalidad, no clasificables en los apartados anteriores.
Estados prodrómicos (no psicóticos) de los procesos demenciales.

F07.9 Trastornos de la personalidad y del comportamiento no especificados debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

Incluye: Psicosisíndrome orgánico.

**F09 TRASTORNO MENTAL ORGANICO O SINTOMATICO, NO
ESPECIFICADO**

Incluye: Psicosis orgánica o sintomática *SAI*.

Excluye: Psicosis, no especificada (F29)

**F00-F09 TRASTORNOS MENTALES DE BASE ORGÁNICA
CONOCIDA, INCLUIDOS LOS SINTOMÁTICOS**

F00-F09 TRASTORNOS MENTALES DE BASE ORGANICA CONOCIDA, INCLUIDOS LOS SINTOMATICOS.

F00-F09: Trastornos mentales de base orgánica conocida, incluidos los sintomáticos.*
((Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos)).

F00 - 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]

F01 - Demencia vascular [*]

F01.0 - Demencia vascular de comienzo agudo

F01.1 - Demencia vascular por infartos múltiples (de predominio cortical)

F01.2 - Demencia vascular subcortical.

F01.3 - Demencia vascular mixta, cortical y subcortical

F01.8 - Otras demencias vasculares, especificadas

((Otras demencias vasculares))

F01.9 - Demencia vascular, no especificada.

F02 - Demencia en otras 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]

F02.3 - Demencia en la enfermedad de Parkinson. *[G20]

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

F02.8 - Demencia en otras enfermedades especificadas clasificadas en otra parte [*]

F03 - Demencia, no especificada

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

F05 Estado confusional o de delirium no inducido por el alcohol u otras sustancias psicoactivas

((Delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas))

F05.0 - Estado confusional o de *delirium*, no superpuesto a demencia

((Delirio no superpuesto a un cuadro de demencia, así descrito))

F05.1 - Estado confusional o de *delirium*, superpuesto a un cuadro de demencia

((Delirio superpuesta a un cuadro de demencia))

* Debe utilizarse un código adicional, para registrar la enfermedad de base

F05.8 - Otros estados confusionales o de *delirium* ,especificados
((Otros delirios))

F05.9 - Estado confusional o de *delirium*, no especificado
((Delirio, no especificado))

***F06 - Otros trastornos mentales debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral
((Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad
física))***

F06.0 - Alucinosis orgánica

F06.1 - Trastorno catatónico, orgánico.

F06.2 - Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme), orgánico
((Trastorno delirante [esquizofreniforme], orgánico))

F06.3 - Trastorno del estado de ánimo, orgánico
((Trastorno del humor [afectivo], orgánico))

F06.4 - Trastorno de ansiedad, orgánico.

F06.5 - Trastorno disociativo, orgánico

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

F06.7 - Trastorno cognitivo leve

F06.8 - Otros trastornos mentales especificados, debidos a lesión o disfunción cerebral
((Otros trastornos mentales especificados debidos a lesión y disfunción cerebral y a
enfermedad física))

F06.9 - Trastorno mental no especificado debido a lesión o disfunción cerebral.
((Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a
enfermedad física))

***F07 - Trastorno de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o
disfunción cerebral***

F07.0 - Trastorno de la personalidad, orgánico.

F07.1 - Síndrome postencefalítico.

F07.2 - Síndrome postconcusional

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

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

F09 - Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado

INTRODUCCION

Esa categoría agrupa un conjunto de trastornos mentales que tienen como denominador común el hecho de que sus manifestaciones morbosas fundamentales son la consecuencia directa de una lesión del encéfalo, lo cual no niega la existencia de síntomas y comportamientos resultantes de la reacción psicológica del sujeto ante sus discapacidades, su personalidad previa y el entorno.

La alteración primaria puede asentarse directamente en el cerebro o sus cubiertas **Trastornos orgánicos**, (también conocidos en nuestro medio como "Psicosis orgánica"), o fuera de ellos y los afectan secundariamente por vía sistémica, **Trastornos sintomáticos** o ("Psicosis sintomáticas").

Los síndromes causados por esas noxas pueden, a grandes rasgos, dividirse en tres grupos principales: los síndromes encefálicos orgánicos crónicos, los agudos y los síndromes de paso.

SINDROMES ENCEFALICOS ORGANICOS CRONICOS (SEOC):

Caracterizados por:

- 1) Toma de la memoria y las funciones intelectuales superiores (inteligencia, juicio, cálculo y el aprendizaje) y un deterioro general de la personalidad, el comportamiento y el validismo.
- 2) Ser generalmente irreversibles.

La toma de esos aspectos del psiquismo puede ser generalizada (como en las demencias) o circunscritas a uno o varios aspectos (síndromes amnésicos o trastornos orgánicos de la personalidad).

SINDROMES ENCEFALICOS ORGANICOS AGUDOS (SEOA):

Su manifestación más importante es la toma de la conciencia vigil, sin otros síntomas acompañantes como en los síndromes de obnubilación simple de la conciencia o acompañada de alteraciones senso-perceptuales, como en los casos de *delirium*.

Como consecuencia de la disfunción vigil y en dependencia del grado de ésta, suelen afectarse la memoria, orientación, atención y comprensión, y pueden presentarse características oniroides del pensamiento.

El hecho de ser potencialmente reversible constituye la segunda característica distintiva de dichos síndromes, aunque la evolución hacia un cuadro crónico o hacia la muerte también es posible.

Esos síndromes encefálicos agudos son típicos de los trastornos sintomáticos y orgánicos de carácter agudo.

SINDROMES DE PASO

El tercer grupo está caracterizado por presentar como manifestaciones más destacadas, alteraciones que clínicamente son casi o totalmente indistinguibles de aquellas que tipifican a los trastornos codificables en las categorías comprendidas entre F20-F29 y F60-F69.

Estos trastornos comparten con los SEOA la naturaleza de los agentes causales y los mecanismos fisiopatogénicos de su producción, por lo que muchos los consideran una variante de aquéllos, a pesar de que las alteraciones en las funciones de integración (típicas de los SEOA) están ausentes o son mínimas en ellos.

Debe, sin embargo, alertarse contra el abuso de la categoría F00 a F09.

La simple coexistencia de un trastorno mental y una lesión encefálica no justifica que el primero sea adscrito a la segunda.

En primer lugar, un chequeo exhaustivo revelaría la presencia de alteraciones anatomofisiológicas en millares de sujetos que no han padecido de trastorno mental alguno.

Por otra parte, el tener una lesión encefálica no inmuniza contra la adquisición de un trastorno codificable en F2, F3, F4 o F6, por ejemplo.

Por lo tanto, en tal situación el clínico analizará detenidamente el tipo de lesión, la característica y cronología de los síntomas, los antecedentes familiares y personales del paciente y la respuesta al tratamiento antes de hacer un diagnóstico definitivo.

Cuando la lesión encontrada es conocida como causante frecuente de manifestaciones similares a las del sujeto diagnosticado, o cuando del análisis de los factores señalados en el párrafo anterior se deriven fuertes evidencias de la relación genética entre ambos fenómenos, estará justificado que el trastorno sea ubicado en esta categoría.

En el caso contrario, es preferible hacer dos diagnósticos independientes, o sea, registrar el síndrome psiquiátrico en la categoría correspondiente (F20-F29 a F90-F99) y el trastorno orgánico en F0.

Ejemplo: Trastorno obsesivo compulsivo F42.X
Lesión cerebral anóxica NCOP G93.1.

Si la alteración orgánica encontrada no es susceptible de ser codificable en F0, como sería un antecedente teóricamente relacionable con el síndrome psiquiátrico (historia de trauma craneal, infección del SNC. intervención neuroquirúrgica, etc.) o un hallazgo de exámenes complementarios (EEG anormal, lesión anatómica demostrada mediante TAC. etc.) esta situación será reflejada en el eje VI.

Ejemplo: Eje I Fuga disociativa F44.1.

Eje VI Antecedentes de meningoencefalitis durante la infancia (G09.X).

Como se anticipó en el primer párrafo de este acápite, a las manifestaciones que derivan directamente de la lesión específica se añaden otras de carácter psicológico, que pueden dividirse en dos grupos. Aquellos cambios que el paciente introduce en su estilo de vida para adaptarse lo más armónicamente posible a sus limitaciones (llevar libro de notas, establecer un orden estricto, por ejemplo) y las que expresan su sufrimiento ante las minusvalías, o son maniobras de ajuste a aquellas de carácter realmente morbosos.

Aun cuando lógicamente esos comportamientos están impregnados, y en última instancia motivados, por el daño orgánico, resulta útil registrarlos, porque son susceptibles de cierta atención psicoterapéutica, y porque el intento de comprender psicológicamente al paciente, sea cual fuere el estado de su cerebro, es un principio básico en la humanización de la psiquiatría.

Esas manifestaciones de ajuste (morbosas o adaptativas), el grado de minusvalía que el paciente presenta y las características de su entorno, deben ser reflejadas en los ejes adicionales II al VI. (Ver ejes complementarios).

La presencia de rasgos o características de personalidad, cuya naturaleza orgánica es evidente, y que no satisfagan los criterios para ser incluidos en F07, pero que se consideren importantes para la evaluación y tratamiento al paciente, debe ser registrada en el eje V.

Aun cuando desde el punto de vista conceptual, los trastornos encefálicos causados por el alcohol y otras sustancias psicoactivas podrían clasificarse en este grupo, se ha preferido recogerlas en la categoría F10-F19 por la ventaja que representa reunir en una misma categoría todos los trastornos relacionados con el abuso de sustancias psicoactivas.

Siempre que se conozca la patogenia de la enfermedad de base debe hacerse uso de un doble diagnóstico, (uno para el síndrome psicopatológico y otro para la causa subyacente).

DEMENCIA

CONCEPTO

Es un síndrome encefálico orgánico crónico (ver concepto de orgánico y de SEOC, págs. 15 y 54), caracterizado por graves trastornos de la memoria y múltiples funciones cerebrales como la inteligencia, el juicio, el cálculo, la comprensión, el pensamiento abstracto en general, la orientación y el aprendizaje. Se acompaña de graves alteraciones de la afectividad, la comunicación, las capacidades para hacer uso del segundo sistema de señales y de la coordinación motora.

Las alteraciones descritas representan un deterioro de los niveles de funcionamiento premórbido y son lo suficientemente intensas para interferir de manera significativa con la

capacidad del paciente, para sostener una adecuada e independiente actividad social laboral, familiar y personal.

De acuerdo con la personalidad premórbida del sujeto, su entorno y la naturaleza de la enfermedad que causa la demencia pueden añadirse otros síntomas al cuadro clínico.

Aunque una demencia puede tener una evolución estática, e incluso ser potencialmente reversible, en la generalidad de los casos, el diagnóstico implica un deterioro progresivo e irreversible.

Se establece en cualquier edad de la vida después de completarse el desarrollo de las funciones cerebrales (18 años aproximadamente).

Puede presentarse acompañada de trastornos de la vigilia (*delirium*), estados depresivos o afecciones somáticas de carácter sistémico, pero el diagnóstico de demencia sólo es posible si sus manifestaciones persisten en ausencia de dichas complicaciones.

PATOGENIA

Son muchas y muy diversas las causas que pueden llevar a una demencia, las más frecuentes serán, según su importancia, descritas o mencionadas en las páginas siguientes.

En algunos casos, su causa es totalmente conocida, como en los casos de demencia traumática, por déficits nutricionales, consecutivas a infecciones del SNC, etc., y en otros, aunque muchos aspectos de su patogenia se conocen, y se han esclarecido las alteraciones anatomopatológicas que las caracterizan, las causas primarias que la producen no han sido descubiertas aún.

También se registrarán casos, en lo cuales, más de un factor causal combinan sus efectos para provocar la enfermedad (asociación de la enfermedad de Alzheimer y demencia vascular, por ejemplo).

En la mayoría de los pacientes, las demencias se deben a lesiones degenerativas de carácter progresivo e irreversible del SNC, por lo que las descripciones generales del síndrome suelen reflejar esas características. No obstante, es bueno no perder de vista que, como ya fue expresado, ciertas demencias pueden ser producidas por lesiones estáticas del cerebro, e incluso, potencialmente reversibles en mayor o menor grado.

PREVALENCIA

El aumento en cifras absolutas y relativas de la población senil ha traído aparejado un incremento notable de dichos síndromes. Lamentablemente, se carece de datos fidedignos sobre las cifras exactas de su prevalencia en los distintos países y culturas.

Las tasas sobre población general están lógicamente influidas por las características de la pirámide poblacional y del nivel económico y sanitario de cada región, a lo que se une la calidad de los registros, nivel de "visibilidad" de dichos trastornos según las exigencias culturales, laborales, etc. y la diversidad de criterios y medios diagnósticos empleados. Algo similar ocurre respecto al peso específico de cada una de las diferentes formas de demencia.

No obstante, existe cierto grado de consenso en cuanto a un predominio de la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular (alrededor del 3% de la población mayor de 65 años), con una representación mucho menor de los demás tipos de demencias y el aumento progresivo de la prevalencia de esos trastornos a partir de dicha edad y se estima que en la segunda mitad de la novena década de la vida, una de cada cinco personas las padecen.

CUADRO CLINICO

Las manifestaciones clínicas de los síndromes demenciales pueden ser divididas en tres grupos.

A) Las directamente implicadas en el concepto de demencia, imprescindibles para hacer ese diagnóstico, y por tanto, presentes en todo trastorno demencial, independientemente de su patogenia, forma clínica y patrones evolutivos (síntomas fundamentales).

B) Aquéllas que dependen de la naturaleza del proceso morboso como patogenia, extensión y localización de las lesiones y patrones y etapas evolutivas de la enfermedad, que varían en los distintos tipos de demencia (síntomas acompañantes).

C) Un tercer grupo de características que dependen de la personalidad premórbida del paciente, su entorno psicosocial y las "reacciones de su personalidad ante el menoscabo orgánico, tanto de carácter adaptativo como sintomático".

Esas manifestaciones, que influyen en la patoplastia de los estadios prodrómicos y tempranos de la enfermedad, y pueden constituir en esa etapa un foco de atención fundamental, sobre todo en los cuadros de instalación insidiosa, van desdibujándose y perdiendo significación en la medida en que el proceso morboso va destruyendo la personalidad e individualidad del enfermo.

Por razones de orden práctico, los síntomas del grupo A serán tratados en el acápite general de demencias, mientras que los pertenecientes a los dos restantes se incluirán en las descripciones de los distintos tipos de ellas.

SINTOMAS FUNDAMENTALES

TRASTORNOS DE LA MEMORIA

Las alteraciones amnésicas constituyen uno de los rasgos fundamentales de esos síndromes. En aquellas demencias, debidas a lesiones progresivas del encéfalo, se hace evidente, en primer término, la toma de la memoria de fijación (capacidad de almacenar nuevas

informaciones), el individuo olvida recados o citas, extravía objetos personales, e incluso, en la medida en que la toma de la memoria se profundiza puede cometer fallos más groseros, como dejar olvidados alimentos al fuego o no recordar aspectos fundamentales de la actividad cotidiana como bañarse, comer y cuidar de su aseo personal. En algunas formas de la demencia, como en la presbiofrenia, los recuerdos no registrados pueden ser sustituidos con fabulaciones.

Aunque un estudio cuidadoso podría revelar ciertos fallos en la memoria de evocación en los estadios iniciales de muchos de los pacientes, la pérdida de material previamente aprendido no se hace evidente, por lo general, hasta algo más tarde. Las informaciones más recientemente adquiridas suelen ser las primeras en perderse, pero progresivamente toda huella mnésica va desapareciendo, y en etapas avanzadas de la enfermedad, el paciente puede haber olvidado su nombre, edad, procedencia y a sus familiares y cuando más, quedar algunas islas de recuerdos fragmentarios e inconexos.

Pueden producirse también falsas identificaciones, el sujeto puede intentar tener relaciones sexuales con su hija al tomarla por su esposa, por ejemplo.

En la memoria, como en el resto de las funciones psíquicas superiores, en los pacientes con demencia, pueden influir el estado físico general y los cambios de ambiente, por lo que su evaluación no es válida si se hace durante un *delirium* (enfermedad sistémica) o en ambientes inusuales. Igualess consideraciones pueden hacerse respecto a otras condiciones (la depresión, por ejemplo) que afectan el psiquismo.

MENOSCABO DE LAS FUNCIONES INTELECTUALES SUPERIORES

Los trastornos del pensamiento ocupan un lugar fundamental en la clínica de los trastornos demenciales. El pensamiento se torna concreto, el flujo de ideas disminuye, el cambio de un patrón mental a otro se dificulta enormemente y la capacidad para el cálculo y la formación de juicios se altera profundamente. La agudeza mental y la capacidad de procesar información van desapareciendo gradualmente, de manera tal, que se afecta, hasta llegar a extinguirse, la aptitud para resolver problemas, aun aquéllos que no requieren de nuevas informaciones y que, incluso, el paciente acostumbraba a solucionar antes de enfermar.

El sujeto reduce sus actividades, al eliminar aquellas que requieren el aprendizaje de nuevos materiales, fluidez en los procesos mentales o el establecimiento de relaciones categoriales.

Las actividades que necesitan un planeamiento secuencial o la introducción de variables alternativas o imaginativas ("en caso de"... "como si"...) están deterioradas, cuando no abolidas. El simple hecho de relatar los pasos de procesos sencillos de la vida cotidiana (como peinarse o vestirse) puede ser una tarea difícil o imposible de realizar.

TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

Los trastornos de la afectividad suelen ser un síntoma precoz en las demencias debidas a enfermedades progresivas del encéfalo, manifestaciones ansiosas y depresivas, labilidad, irritabilidad o la derotimia, pueden dominar las etapas iniciales del proceso cuando aun las alteraciones mnésicas e intelectuales no han alcanzado niveles ostensibles y llevan, en no pocas ocasiones, a errores diagnósticos. En el período de estado suelen presentarse alteraciones como irritabilidad, depresión, pobre control emocional, embotamiento afectivo y una afectividad "caprichosa" que hace que el paciente, en ocasiones, reaccione indiferentemente a sucesos de gran significación emotiva (como la muerte del cónyuge o un hijo), mientras responde con verdaderas "tormentas" afectivas ante estímulos triviales.

TRASTORNOS DE LA MOTILIDAD, COMUNICACION Y VALIDISMO

La comunicación en la demencia está profundamente afectada. A las ya señaladas alteraciones de la memoria, el pensamiento y la afectividad, se suman los déficits sensoriales (audición y visión, sobre todo), que no raramente los acompañan, y las alteraciones del lenguaje, que van desde el simple deterioro de su ejecución motora hasta una verdadera incapacidad para su comprensión o expresión, no obstante el hecho de conservarse las capacidades motoras y sensoriales que les sirven de base (afasia).

En los casos avanzados de Demencia, la autoejecución de funciones elementales como vestirse, asearse y comer suelen afectarse, el control motor de la marcha y de los esfínteres se hace deficiente, aparecen discapacidades motoras y fenómenos afaso-apráticos.

OTRAS CARACTERISTICAS IMPORTANTES

El paciente con demencia no es capaz de percatarse de sus discapacidades ni de evaluar adecuadamente la situación en que se encuentra, por lo que, desde etapas relativamente tempranas de la enfermedad, puede observarse falta de tacto, comportamientos sociales inadecuados como chistes fuera de tono, hurgarse en las fosas nasales en público, llevar ropa mal abotonada o sin abotonar, andar sucio y desaliñado y otras conductas que vulneran las normas de convivencia social.

El paciente puede vagabundear, pedir comida a las vecinas con el falso alegato de que no se la dan en la casa, perderse en un lugar conocido, lesionar a otras personas por actitudes agresivas o negligencias, resultar lesionado por las mismas razones o intentar suicidarse.

Tampoco resulta excepcional la aparición de ideas delirantes, sobre todo de daño y perjuicio o de persecución, a veces relacionadas con el extravío de objetos o con las medidas restrictivas que se toman para protegerlo.

Suelen aparecer trastornos del sueño, y frecuentemente un cuadro depresivo o de *delirium* hace su aparición mientras evoluciona una demencia (ver diagnóstico).

En la mayoría de las demencias, el deterioro cognitivo y mental en general, suele acompañarse de igual menoscabo en la salud corporal, que afecta todos los órganos y sistemas, por lo que las enfermedades somáticas intercurrentes son muy frecuentes.

Diagnóstico

Principios fundamentales

El diagnóstico de una demencia consiste en la identificación de las alteraciones fundamentales de dicha entidad.

El diagnóstico de los trastornos demenciales no puede basarse sólo en las quejas del paciente. Se requiere la opinión de terceras personas o la aplicación de pruebas neuropsicológicas debidamente estandarizadas.

Las manifestaciones deben representar una acentuada merma del nivel de funcionamiento previamente alcanzado e interferir significativamente con la vida cotidiana laboral, social y familiar del paciente.

Dado que el nivel de exigencia varía mucho de una sociedad a otra y en los distintos tipos de trabajo, el grado de competitividad social y laboral por sí solo no es un buen indicador para el diagnóstico de una demencia, pero si lo es un claro descenso de esas capacidades respecto al nivel previamente alcanzado dentro de un contexto determinado.

El diagnóstico de una demencia y la evaluación de su gravedad exigen pesquisar la incidencia de numerosas noxas que pueden disminuir transitoriamente las capacidades adaptativas del paciente.

Las enfermedades y condiciones físicas debilitantes, la ingestión de sustancias psicoactivas, procesos infecciosos, los cambios de entorno u otras situaciones estresantes, pueden menoscabar el funcionamiento general del paciente y llevarnos al falso diagnóstico de demencia, o a una hipervaloración de lo avanzado del proceso.

Aunque todas esas condiciones pueden y suelen asociarse a una demencia, ese diagnóstico no es posible si las alteraciones que la identifican sólo están presentes durante la incidencia de dichos factores.

Un cuadro depresivo puede remedar un síndrome demencial, ser parte de su cortejo sintomático o simplemente instalarse en un paciente con demencia como un epifenómeno relacionado, casualmente, con dicha entidad.

La presencia de manifestaciones depresivas puede ser registrada mediante el uso de un 5to. dígito (.X3) si ellas no satisfacen los criterios de un episodio depresivo; en caso contrario, se hará uso de un doble diagnóstico (F00-F03 y F32.0-F32.3), pero si los criterios para el diagnóstico de demencia sólo se satisfacen durante las ocurrencias del estado depresivo, no se hará el diagnóstico de la primera.

Similares consideraciones pueden hacerse respecto a la presencia de un *delirium*. La existencia de las manifestaciones demenciales con anterioridad a la aparición del *delirium* o después de disipado éste, es imprescindible para el diagnóstico de aquélla. Cuando (como frecuentemente ocurre), existan criterios para hacer ambos diagnósticos, la demencia se codificará en el rubro correspondiente (F00-F03) y el *delirium* en F05.1 Estado confusional o de *delirium* superpuesto a demencia.

Diversas condiciones, codificables en otras categorías de este manual, pueden presentar cuadros similares a los descritos en las categorías F00-F03 y deben ser investigadas antes de diagnosticar una demencia (ver diagnóstico diferencial).

En sentido inverso, en personas superdotadas, cuyas capacidades exceden con creces las demandas del medio en que se desenvuelven, puede ocurrir cierto grado de deterioro cognitivo sin que esto repercuta, ostensiblemente, en su rendimiento sociolaboral, lo que dificulta el diagnóstico precoz del psicósíndrome orgánico, que no raramente se toma por un trastorno depresivo, asténico, etc.

A fin de evitar falsos positivos, una duración de los síntomas no menor de 6 meses es necesaria para hacer el diagnóstico de demencia.

Tanto en la CIE-10 como en el DSM-IV se admite el diagnóstico de una demencia en la infancia (antes de completarse el desarrollo de las capacidades encefálicas). No obstante, esto no ha parecido conveniente a los psiquiatras cubanos por las siguientes razones.

A) Lo que caracteriza al retraso mental es su ocurrencia, en una etapa de la vida, en la que la noxa que lo produce no solo afecta las capacidades adquiridas, sino también aquéllas que aún no se han formado y que nunca llegarán a crearse o lo harán de manera incompleta o desviada. Con otras palabras, es más un "no ganar" que un "perder" a diferencia de la demencia.

Limitar a esas edades tempranas el criterio del RM carecería totalmente de sentido, de no ser por lo referido en el párrafo anterior.

B) Muchos de los cientos de agentes causales de retraso mental (incluso ciertas enfermedades de carácter hereditario) no se manifiestan hasta alcanzada cierta edad en la infancia e implican, tanto una merma en el nivel de funcionamiento alcanzado, como del desarrollo potencial ulterior. Además, como una demencia implica siempre una incapacidad para el aprendizaje, sería extremadamente difícil discriminar entre uno y otro proceso.

C) Si tenemos en cuenta lo referido en A y B, la extensión del concepto de demencia a pacientes menores de 18 años requeriría de una reevaluación de todos los agentes causales de RM conocidos y de criterios operativos muy exactos y difíciles de evaluar objetivamente, para lograr cierta homogeneidad en los diagnósticos de diferentes clínicos, por lo que traería mucho más inconvenientes que ventajas.

Muchos síndromes demenciales presentan tanto un período prodrómico de duración variable, donde la existencia del proceso de deterioro cognitivo se encuentra enmascarada por manifestaciones de tinte neurótico, psicopático, etc., como otro en que las alteraciones mnésicas, intelectuales y afectivas, aunque evidentes, no son aún lo suficientemente acusadas como para interferir con una vida independiente.

Aun cuando un minucioso examen clínico puede, en esas etapas tempranas, poner de manifiesto el carácter demenciente de la enfermedad que presenta el paciente, no es aconsejable en la práctica clínica rubricar a un paciente con el diagnóstico de una demencia antes de que el deterioro de la personalidad haya alcanzado un grado moderado (pautas para investigaciones CIE-10).

Esto se debe a la estigmatización y pérdida de la libertad individual que dicho diagnóstico implica; al hecho de que, en ocasiones, esos estados leves de afectación pueden prolongarse un tiempo considerable, y a que la posibilidad de un error diagnóstico (con sus nefastas consecuencias) en esas etapas evolutivas es relativamente elevado.

En la práctica médica resulta más sensato, al diagnosticar a esos pacientes, ubicar sus trastornos cognitivos en los acápites correspondientes de la categoría F07.8 y registrar la enfermedad de base con un doble diagnóstico si ésta es conocida.

En todo caso, si resultara conveniente hacer el diagnóstico de una demencia en etapas precoces, se recomienda utilizar la frase calificativa: “diagnóstico presuntivo”, y reevaluar el diagnóstico frecuentemente hasta tener una certeza absoluta.

Esto no se aplicará, sin embargo, para fines investigativos. A tales propósitos, deben seguirse los criterios establecidos por la CIE-10 (investigaciones).

Puede recurrirse a un quinto dígito para registrar la presencia de manifestaciones clínicas adicionales o el carácter presuntivo del diagnóstico.

- . X0 Sin síntomas adicionales
- . X1 Con predominio de ideas delirantes
- . X2 Con predominio de alucinaciones
- . X3 Con predominio de síntomas depresivos
- . X4 Con otros síntomas clínicos
- . X5 Presuntivo

Uso de ejes adicionales (ver uso del manual)

Se recomienda registrar en el eje II las discapacidades que se presentan en el paciente. Así mismo, hacer uso del 3er. eje factores psicoambientales adversos y del IV otros factores psicoambientales, para ubicar los estresores y situaciones de interés en la evaluación

integral al paciente. Tanto los mecanismos psicológicos anormales, como las reacciones psicológicas de ajuste a la organicidad, serán rubricadas en el eje V.

Cuando se considere pertinente, los resultados de exámenes complementarios, y la respuesta a la terapéutica, serán reflejados en el eje VI "Otras informaciones de interés".

Diagnóstico diferencial

La demencia debe ser diferenciada de otros síndromes orgánicos como el amnésico y el apatoabúlico que presentan algunas, pero no todas las características de la primera, y de múltiples trastornos orgánicos de la afectividad, el comportamiento, etc., que comparten con la demencia ciertos síntomas.

El menoscabo senil normal de las funciones cerebrales puede distinguirse de la demencia, porque en ésta hay una desproporción entre el nivel del funcionamiento esperable para la edad y el presentado por el paciente. El anciano normal suele tener una correcta evaluación de sus capacidades y limitaciones, un mejor control afectivo y una conducta congruente con su situación.

No obstante, las condiciones de estrés inusual, la ingestión de fármacos con propiedades psicoactivas, el debilitamiento físico, o las enfermedades intercurrentes (somáticas o psiquiátricas), pueden originar grandes dificultades diagnósticas.

La identificación de dichos factores y la recuperación del paciente mediante el control de esas entidades, aclararán el diagnóstico.

El consumo de sustancias psicoactivas puede ocasionar una demencia, pero ese diagnóstico exige que sus síntomas estén presentes cuando el paciente ni está bajo el efecto de dichas sustancias ni presenta un síndrome de abstinencia.

Lesiones cerebrales causadas por traumatismos, infecciones, enfermedades vasculares, etc. pueden dejar como secuela no una demencia, sino un déficit cognoscitivo de otra índole o un trastorno motor. Cuando una de esas dos cosas sucede, suele ser fácil percatarse de que el cuadro clínico no satisface el criterio de una demencia, pero cuando ambas se combinan o el defecto motor afecta las capacidades de expresión facial y comunicación oral (afasia) puede resultar muy difícil excluir el diagnóstico de una demencia.

El deterioro intelectual y las dificultades de adaptación características del retraso mental, pueden remedar una demencia. No obstante, las alteraciones de la memoria, características de aquéllas, y no necesariamente presentes en el RM, y el descenso en la adultez del nivel de funcionamiento previamente alcanzado, permiten, por lo general, diferenciarlo.

En ausencia de antecedentes, el vocabulario del paciente puede atestiguar la existencia anterior de una riqueza intelectual en los casos de demencia.

Las alteraciones del nivel de vigilia (obnubilación, estados confusionales y *delirium*) afectan todas las funciones de integración (memoria, orientación, comprensión, atención) y perturban el pensamiento y el raciocinio.

Cuando, como en los casos de *delirium*, existe una clara toma de la vigilia con manifestaciones alucinatorias y conductuales típicas, el problema diagnóstico es saber si el S.E.O.A. se superpone a una demencia o no. En ausencia de claros antecedentes de la existencia de ésta, habrá que esperar a que el *delirium* desaparezca, para evaluar el estado cognoscitivo del paciente.

Otras enfermedades codificables fuera de la categoría F00-F09 también deben, en ocasiones, ser pesquisadas.

El comienzo o acentuación de un trastorno neurótico (F40-F49) o psicopático (F60) en etapas avanzadas de la vida, puede ser el inicio de un cuadro demencial, o por el contrario, causar un deterioro en el funcionamiento general del individuo, que haga falsamente sospecharlo, y se requiere de una rigurosa evaluación de las funciones cognitivas del paciente, para llegar al diagnóstico de certeza.

Las esquizofrenias crónicas de larga evolución, con una presencia importante de síntomas negativos, pueden producir trastornos en el lenguaje, comunicación, afectividad y conducta del paciente, similares a los de una demencia. Sin embargo, la edad de aparición, los antecedentes e historia natural de la enfermedad, la presencia de manifestaciones características de la esquizofrenia en las sensopercepciones y el pensamiento, entre otras características, permiten -por lo general- diferenciar ambas entidades.

La depresión es probablemente el trastorno psiquiátrico que más frecuentemente se confunde con la demencia.

En primer lugar, porque la depresión puede aparecer como un síndrome acompañante de los cambios cognitivos en el contexto clínico del proceso demencial o superponerse a ellos como un epifenómeno asociado.

En segundo término, porque funciones como la memoria, la fluidez del pensamiento, la atención y la capacidad de procesar información (afectaciones típicas de la demencia), suelen verse comprometidas en una depresión mayor, incluso el rendimiento del paciente en las pruebas psicológicas disminuye.

Un claro conocimiento de los antecedentes del paciente puede poner de manifiesto la existencia del déficit cognoscitivo desde antes de aparecer la depresión. El empeoramiento matutino, la existencia de ideas delirantes y alucinaciones, congruentes con un estado depresivo y presentes de manera persistente, así como el antecedente de un hundimiento cognoscitivo en horas o días a partir de un nivel premórbido normal, inclinan la balanza a favor de un trastorno afectivo.

No obstante, en muchas ocasiones, la evolución y la respuesta al tratamiento serán quienes dirán la última palabra.

La presencia del cuadro depresivo asociado a una demencia será registrada en la forma en que se explicó en el acápite de diagnóstico.

Por último, un rendimiento cognoscitivo bajo debido a malas condiciones del entorno o transculturación, la simulación u otras afecciones tendrán, eventualmente, que ser tenidas en cuenta.

Pronóstico

El pronóstico depende fundamentalmente de la patogenia del proceso, y en menor grado, de las condiciones del paciente y del tratamiento indicado.

Como ya fue expresado, hoy día, un diagnóstico de demencia correctamente formulado implica, para la gran mayoría de los pacientes, un deterioro progresivo, irreversible y total de sus funciones cerebrales, y la muerte a corto o mediano plazo.

Pautas para el diagnóstico

Para el diagnóstico de una demencia se requiere:

A Deterioro de la memoria.

- Afecta la capacidad para registrar, almacenar y recuperar información nueva.
- Pérdida evidente de contenidos familiares y de material aprendido en el pasado, en etapas más avanzadas.

B Deterioro del pensamiento y la capacidad de procesar información.

- Dificultades en los procesos de abstracción del pensamiento (pensamiento concreto).
- Reducción del flujo de ideas.
- Rigidez del pensamiento (dificultad para cambiar el foco de atención y mantener atención simultánea a varios estímulos).

C Deterioro volitivo, afectivo y del comportamiento social.

- Al menos uno de las siguientes manifestaciones.
- Labilidad afectiva.
- Irritabilidad.
- Apatía.
- Torpeza en el comportamiento social.

D Las manifestaciones deben ser lo suficientemente intensas como para interferir con la capacidad para una vida autónoma (nivel psicótico de funcionamiento).

E El síndrome debe ser constatado por terceras personas, y de ser posible, evaluado mediante pruebas neuropsicológicas adecuadas.

F Debe representar un cambio (deterioro) significativo, a partir de un nivel previamente alcanzado.

G La evaluación debe ser realizada en ausencia de otras condiciones físicas o mentales capaces de interferir transitoriamente con el rendimiento mental del paciente (enfermedades sistémicas, *delirium*, depresión, etc.). Así, como de situaciones capaces de afectarlo (cambios bruscos del ambiente, presencia de estresores fuertes, etc.)

H Se requiere una duración de los síntomas no menor de 6 meses para un diagnóstico de certeza.

I Las manifestaciones del paciente no podrán ser atribuibles a ninguna entidad codificable en otra sección de la CIE.

J Edad de 18 o más años

Nota: Debe hacerse uso de los ejes adicionales para especificar el grado de minusvalía y las condiciones específicas de cada caso.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Esos criterios satisfacen los requisitos exigidos por la CIE-10 para investigaciones (CDI), para un grado de demencia mayor que leve. Este manual recomienda tomar en cuenta los fenómenos afaso-apraxo-agnósicos en el diagnóstico.

Se recomienda en la práctica clínica no hacer uso del diagnóstico de un grado leve de demencia (CDI (CIE-10)) por los motivos previamente analizados. Si por razones de investigación se requiere usarlo, o distinguir entre los grados moderado y marcado de demencia deberá consultarse dicho manual.

En el DSM-IV se exige la presencia de los trastornos de memoria, y además, por lo menos uno de los siguientes trastornos cognoscitivos: afasia, apraxia o agnosia, o trastornos del pensamiento: procesos de abstracción, iniciar, modular o detener acciones complejas, cambiar de un patrón mental a otro etc.

Los criterios D al I son exigidos en ambos manuales, en los cuales se admite el diagnóstico durante la infancia

F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer

Existen dos variedades de demencia en la enfermedad de Alzheimer (D.E.A.), la de inicio tardío, conocida en la CIE-9 como demencia senil (290.0-290.2-290.3), y la de comienzo

precoz, que la 9na. revisión de la CIE ubicaba en la subcategoría 290.1 "demencia presenil", junto con otras causas de deterioro orgánico global y temprano.

La enfermedad de Alzheimer es, con mucho, la causa más frecuente de demencia, y sola o en combinación con la demencia vascular, es la responsable de más de las tres cuartas partes de los casos registrados.

Su evolución suele ser relativamente lenta (aunque más rápida en la variedad de inicio precoz) y continuamente progresiva.

Frecuentemente presenta períodos prodrómicos con una fachada pseudoneurótica, asténica o depresiva, que dificultan el diagnóstico.

Sus manifestaciones clínicas, evolución y pronóstico, son los típicos de una demencia de instalación progresiva en cuanto al deterioro de la memoria, las funciones intelectuales superiores, la capacidad adaptativa y la afectividad. (Ver demencia).

Los pacientes con inicio tardío comienzan sus síntomas después de los 65 años (habitualmente después de los 70) y están caracterizados por un empobrecimiento gradual y progresivo de la memoria y las funciones cognitivas, junto con un embotamiento afectivo-volitivo, habitualmente acompañado de un evidente deterioro del aspecto físico y la vitalidad del paciente.

La evolución es irreversible y progresiva, sin descensos bruscos ni recuperaciones parciales, salvo las producidas por una afección intercurrente.

Suele ocurrir una rápida afectación de los esfínteres. El cuadro se completa con la aparición de los síntomas afaso-apráticos.

Las convulsiones son raras en los períodos iniciales, pero pueden presentarse con cierta frecuencia en la medida en que la enfermedad progresa.

Hay una clara propensión a presentar alteraciones de conciencia frente a noxas menores. La existencia de trastornos de la vigilia debe ser registrada en F05.1.

Tampoco resulta rara la presencia de manifestaciones paranoides (ideas delirantes y alucinaciones) y de estados depresivos, que pocas veces satisfacen los criterios para merecer un diagnóstico adicional, y que también deben ser registrados con un quinto dígito.

Se sabe que el riesgo de padecer una enfermedad de Alzheimer de tipo precoz es mayor en los familiares de primer grado de las personas que la padecen, que en la población general, y se han encontrado evidencias de un carácter hereditario (autosómico dominante) en algunas familias (variedad de inicio tardío).

También ha sido registrada una mayor incidencia en pacientes con síndrome de Down y antecedentes de trauma craneal.

Los estudios más recientes parecen acreditarle una base genética a dicha enfermedad, en la cual la muerte neuronal estaría genéticamente programada para ocurrir precozmente.

Diagnóstico

El diagnóstico clínico de la demencia en la enfermedad de Alzheimer se sustenta en dos postulados:

- a) Demostración de la presencia de una demencia de evolución progresiva.
- b) Ausencia de los criterios necesarios para hacer el diagnóstico de otro tipo de demencia con esas características.

Diagnóstico diferencial

La diferenciación entre la demencia de Alzheimer y otras entidades ajenas a la demencia se basa en los mismos criterios y procedimientos tratados ya en el acápite de diagnóstico diferencial de las demencias.

Dentro del grupo de las demencias, es la de causa vascular la que mayores problemas puede acarrear, en ese sentido.

Los antecedentes de infarto o isquemias cerebrales, la evolución escalonada, el carácter "en parche" (deterioro desigual de las distintas capacidades), la toma más tardía de la crítica, la presencia de signos clínicos y de laboratorio, de lesiones cerebrales focales y la presencia de crisis epilépticas en los estadios iniciales, suelen permitir identificar un origen cerebrovascular de la demencia; a lo que puede agregarse una afectividad más lábil y disfórica que apática, antecedentes de hipertensión arterial y otras manifestaciones accesorias.

No obstante, ambas afecciones pueden coexistir y no es raro que un pequeño accidente vascular, que no hubiera tenido mayores consecuencias para un cerebro normal, se sobreimponga a los fenómenos degenerativos de la enfermedad de Alzheimer, y haga evidente la presencia de un proceso demencial hasta entonces inadvertido, que lleva al diagnóstico erróneo de demencia de causa cerebrovascular.

Dentro de las causas que pueden motivar estados demenciales en edades tempranas de la vida, capaces de confundirse con una enfermedad de Alzheimer de inicio precoz, las mayores dificultades las presenta la enfermedad de Pick.

Aunque el predominio de los síntomas frontales, el deterioro ético-moral precoz y el hecho de que la afectación del comportamiento preceda a la de la memoria (propios de la enfermedad de Pick), pueden ayudar a discriminar la una de la otra, el diagnóstico diferencial entre esas dos entidades suele ser muy difícil, y prácticamente imposible en las etapas avanzadas del síndrome demencial.

Otras noxas causantes de demencias en edades tempranas, como la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob, Huntington, Parkinson etc., además de ser más raras, presentan cuadros clínicos y hallazgos en los exámenes complementarios lo suficientemente típicos, como para poder identificarlos con claridad.

Pautas para el diagnóstico

- a) Deben ser satisfechas las pautas de demencia, y ésta ser de carácter progresivo, de evolución insidiosa, aunque más rápida en la variedad de inicio precoz.
- b) Otras posibles causas de las manifestaciones clínicas deben ser excluidas. Ver diagnóstico diferencial,

F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo temprano.

Demencia de tipo Alzheimer en que el inicio ocurre precozmente (antes de los 65 años) y evoluciona más rápidamente, con aparición temprana de síntomas afaso-apráticos.

Pautas para el diagnóstico

- A) Se cumplen los criterios diagnósticos generales de Demencia en la enfermedad de Alzheimer.
- B) Comienzo antes de los 65 años.
- C) Evolución relativamente rápida
- D) Presencia de manifestaciones que evidencian la implicación de los lóbulos frontal y temporal.

Incluye: demencia presenil, tipo Alzheimer, Demencia por enfermedad de Alzheimer tipo II.

F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo tardío (tipo 1)

Variedad de demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo posterior a los 65 años (habitualmente en los 70) de evolución lenta e insidiosa, con trastornos mnésicos muy evidentes.

Pautas para el diagnóstico

- A) Satisfacer los requisitos diagnósticos de demencia en la enfermedad de Alzheimer.
- B) Inicio después de los 65 años.
- C) Evolución lenta

D) Predominio de las alteraciones mnésicas.

Incluye: Enfermedad de Alzheimer tipo 1
Demencia senil tipo Alzheimer.

F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer, atípica, o de tipo mixto.

Se registrarán aquí, aquellos cuadros clínicos que satisfacen los requerimientos diagnósticos de F00, pero no los de F00.0 ni F00.1, y las demencias mixtas (vasculares y Alzheimer).

F00.9 Demencia en la enfermedad de Alzheimer, no especificada.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Esos criterios satisfacen las pautas diagnósticas de investigación de la CIE-10 (CDI).

En el DSM-IV se exige el cumplimiento de los criterios de demencia y que ésta sea de instalación gradual y continua. La diferenciación entre las variedades de inicio precoz y tardío se establece exclusivamente en virtud de la edad de comienzo (antes o después de los 65 años).

F01 DEMENCIA VASCULAR

Esa entidad, conocida en la CIE-9 como demencia arterioesclerótica y más tarde como demencia por multi-infartos, constituye la segunda causa de demencia.

Es la consecuencia de múltiples infartos del tejido cerebral de causas vasculares, incluida la hipertensión arterial, lo que realza su importancia, ya que permite a través de un diagnóstico y tratamiento precoces de la enfermedad vascular de base, prevenir, enlentecer o detener su progresión.

Típicamente aparece en la vejez, pero a edades más tempranas que la demencia en la enfermedad de Alzheimer. Es más frecuente en el sexo masculino.

Con frecuencia pueden ser halladas anormalidades neurológicas menores en etapas precoces de la enfermedad, que pueden incluso, preceder por un buen tiempo a los trastornos mentales.

La estructura básica de la personalidad se conserva hasta un período avanzado de la afección, pero no es raro que se presente apatía, desinhibición o acentuación de los rasgos de personalidad, junto con labilidad afectiva, irritabilidad y pobre control de los impulsos en etapas tempranas del trastorno.

Una hipertensión mantenida es un antecedente frecuente, así como la historia de *ictus* transitorios con toma de conciencia, parestias, o períodos fugaces de amaurosis.

Tras una serie de accidentes vasculares (excepcionalmente de uno de grandes proporciones) comienzan a hacerse evidentes las características de un proceso demencial progresivo, con los rasgos distintivos siguientes:

- a) Comienzo brusco con evolución escalonada (hundimiento súbito con recuperación incompleta de las funciones cerebrales consecutivas a accidentes vasculares recurrentes).
- b) Demencia en parche (deterioro desigual de las distintas funciones).
- c) Conservación relativa (en las etapas tempranas) del juicio y la conciencia de enfermedad respecto a la merma de la memoria y el intelecto.
- d) Presencia de signos neurológicos focales: hiperreflexia tendinosa profunda, signo de Babinsky, alteraciones de las respuestas pupilares, parálisis pseudobulbar, paresias en alguna extremidad, dificultades en la marcha etc.

Adicionalmente, deben estar presentes alteraciones sugestivas o confirmatorias de la enfermedad de base (hipertensión arterial, focos embolígenos etc.) y sus secuelas en otros órganos de la economía, a través de la clínica y de los resultados de los exámenes complementarios.

Diagnóstico diferencial

Ver diagnóstico diferencial de demencia y de demencia en la enfermedad de Alzheimer.

Incluye: Demencia predominantemente cortical.

Pautas para el diagnóstico

1. Se cumplen los criterios generales para el diagnóstico de la Demencia
2. Se cumplen los criterios a, b, c, d expuestos en la descripción de esta subcategoría.
3. Evidencias de una enfermedad cerebro vascular de base.

Nota: La presencia de alteraciones en la personalidad (caricaturización), y de signos neurológicos blandos en el período prodrómico, puede ser detectada, pero no es imprescindible para el diagnóstico.

Es frecuente durante el período de estado la aparición de manifestaciones afectivas (labilidad e irritabilidad).

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estos criterios son compatibles con los CDI (CIE-10). En el DSM-IV exige, además del cumplimiento de los requisitos generales de demencia, la evidencia clínica (signos neurológicos focales) o mediante los hallazgos de exámenes complementarios, de una enfermedad cerebro vascular implicable en la patogenia del proceso.

Incluye: Demencia arteriosclerótica.
Demencia por multi-infartos (infartos múltiples).

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe establecerse tanto con otros síndromes orgánicos (no demenciales), como con otros tipos de demencias (ver Demencia en la enfermedad de Alzheimer).

Algunos trastornos codificables fuera de la categoría F00-F09 como la esquizofrenia y la depresión, etc. deben ser siempre tenidos en mente.

F01.0 Demencia vascular de comienzo agudo

Se produce rápidamente (unos pocos meses por lo general), como consecuencia de varios accidentes vasculares encefálicos (raramente uno masivo).

F01.1 Demencia vascular por infartos múltiples (de predominio cortical)

Se instala de manera mucho más lenta que la variedad anterior, por la suma de los efectos de múltiples infartos cerebrales de causa vascular (ver descripción de F01).

Incluye: Demencia vascular predominantemente cortical.

F01.2 Demencia vascular subcortical

Las lesiones asientan fundamentalmente en la sustancia blanca, sin toma evidente de la corteza cerebral. Es muy frecuente el antecedente de hipertensión arterial.

El cuadro clínico puede ser difícil de distinguir de una demencia por enfermedad de Alzheimer.

Incluye: Encefalopatía de Binswanger (si existe desmielinización difusa de la sustancia blanca)

F01.3 Demencia vascular mixta, cortical y subcortical

F01.8 Otras demencias vasculares, especificadas

F01.9 Demencia vascular, no especificada

F02 DEMENCIA EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE

En esta categoría se ubicarán un grupo de síndromes que satisfacen los criterios de demencias, pero no los de F00 ni F01, se presentan, preferentemente, en edad presenil y tienen características clínicas, anatomopatológicas y nosogénicas propias que permiten diferenciarlos de otros tipos de demencias.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico exige la presencia de una demencia tal y como se ha descrito en la introducción y de los rasgos característicos de uno de los síndromes especificados más abajo.

F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick

Suele aparecer entre los 50 y 60 años, se caracterizan por una toma más temprana y marcada de los lóbulos frontales.

Los cambios en el carácter y en el comportamiento social (incluye transgresiones ético-morales) suelen preceder a aquellos de tipo mnésicos y cognitivos y a las alteraciones del lenguaje y la afectividad.

Esta entidad debe ser sospechada en toda demencia presenil con un menoscabo precoz y marcado de los patrones ético sociales y del comportamiento. No obstante su diferenciación de otras demencias preseniles, puede ser muy difícil, y en ocasiones, sólo es posible formularla con base en hallazgos necrópsicos.

Pautas para el diagnóstico

- A) Se satisfacen los criterios generales de demencia.
- B) Deterioro progresivo, constante y relativamente lento, con las características más arriba señaladas.
- C) Predominio de la afectación frontal
- D) Afectación relativamente tardía de la memoria y las funciones parietales.

Diagnóstico diferencial

Deben ser descartadas otras causas de demencias en esta etapa de la vida; especialmente, las consecutivas a la enfermedad de Alzheimer, la neurosífilis, la hidrocefalia normotensa y la enfermedad cerebro-vascular.

F02.1 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

Se considera que es debida a la acción de un virus lento que, por lo general, pero no siempre se manifiesta por un cuadro demencial acompañado de movimientos involuntarios y frecuentemente de alteraciones electroencefalográficas características. Puede comenzar a cualquier edad, aunque lo más frecuente es que lo haga alrededor de los 50 años.

Pautas para el diagnóstico

- a) Se satisfacen las pautas de demencia
- b) Evolución acelerada, con rápido y grave deterioro de las funciones cerebrales superiores.
- c) Síntomas neurológicos floridos, tanto piramidales como extrapiramidales, así como afasia y trastornos visuales.

Nota: Los signos neurológicos pueden preceder a la demencia. Es frecuente, pero no constante, el hallazgo de un registro electroencefalográfico típico (descargas periódicas puntiformes trifásicas y sincrónicas de bajo voltaje), lo que unido a la clínica da mayor solidez al diagnóstico. Debe tenerse en cuenta que una proporción no despreciable de los pacientes presentan cuadros atípicos, sólo identificables a través de la anatomía patológica.

F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington

Cuadro clínico que aparece durante la evolución y como consecuencia de una corea de Huntington, la cual es una enfermedad transmitida por un gen autosómico dominante (en el brazo corto del cromosoma 4). Generalmente comienza con síntomas atípicos de carácter neurótico, psicopático o paranoide, que suelen preceder a las alteraciones demenciales y neurológicas características de esta afección. La evolución es lenta y progresiva, y puede presentarse a cualquier edad desde la primera infancia hasta tardíamente en la tercera edad, aunque la mayoría de los pacientes son diagnosticados durante la 4ta. o 5ta. década de la vida.

Incluye: Demencia por corea de Huntington.

Pautas para el diagnóstico

- A) Se cumplen los criterios generales de demencia
- B) Predominio de síntomas subcorticales con deterioro tardío de la memoria.
- C) Presencia de los síntomas característicos de la enfermedad de Huntington.
- D) Exclusión de otras posibles causas.

F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson

Se ubicarán aquí aquellas demencias surgidas durante la evolución de una enfermedad de Parkinson (especialmente en las formas graves) y que se juzguen debidas a ésta.

Incluye: Demencia en la parálisis agitante, Demencia en los parkinsonismos.

Pautas para el diagnóstico

- A) Se cumplen las pautas generales de demencia
- B) La demencia aparece durante la evolución, ya avanzada de una enfermedad de Parkinson generalmente grave.
- C) Otras causas de demencias pueden ser razonablemente excluidas.

F02.4 Demencia en la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Se trata de un trastorno caracterizado por déficits cognoscitivos y que cumple las pautas para el diagnóstico de demencia, en ausencia de enfermedad concurrente u otra condición distinta a la infección por VIH, que pudiera explicar los hallazgos.

Incluye: Complejo Demencia-SIDA, Encefalopatía por VIH.

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

Se incluyen aquí las demencias que pueden presentarse como consecuencia de trastornos cerebrales o somáticos generales, los cuales también deben ser registrados.

Incluye: Complejo parkinsonismo-demencia de Guam, demencias causadas por: epilepsia, enfermedades neurodegenerativas, neurosífilis colágenosis, trastornos nutricionales, endocrinos o metabólicos y daño cerebral debido a agentes físicos, químicos, etc.

F03 DEMENCIA, NO ESPECIFICADA

Incluye: Demencia presenil S.O.E., Psicosis presenil o senil S.O.E., Demencia degenerativa primaria (S.O.E.)

F04 SINDROME AMNESICO ORGANICO, NO INDUCIDO POR ALCOHOL O POR OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Es un trastorno caracterizado por:

- a) Marcado menoscado de la memoria de fijación (con conservación de la memoria inmediata) y dificultad para evocar hechos remotos; esto último es menos constante y puede tener ciertas peculiaridades según la localización y extensión de las lesiones. Como consecuencia del fallo mnésico, la capacidad de aprendizaje y la orientación temporal (no así la autopsíquica) están afectadas.
- b) Otras funciones cerebrales se encuentran conservadas, o sea, el síndrome no forma parte de un cuadro más amplio como una demencia por ejemplo.
- c) El cuadro amnésico no se presenta exclusivamente durante períodos de turbación de la vigilia.
- d) Existe evidencia de que los síntomas son causados por una enfermedad de carácter somático u orgánico-cerebral.
- e) El consumo de sustancias psicoactivas ha sido excluido como causa del síndrome

f) El trastorno es lo suficientemente importante como para interferir significativamente con el desempeño personal, social y familiar del paciente.

Suele existir poca o ninguna conciencia de enfermedad. Las fabulaciones y los síntomas paranoides y afectivos aparecen con cierta frecuencia, pero su presencia no es necesaria para hacer el diagnóstico.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico consiste en identificación de las características descritas en los incisos a, b, c, d, e y f de la descripción de esta subcategoría.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estos criterios satisfacen las pautas de los CDI y del DSM-IV.

Incluye: estado dismnésico, estado amnésico, psicosis de Korsakov (no alcohólica).

Diagnóstico diferencial

Se deben investigar otros síndromes orgánicos en los que hay un deterioro marcado de la memoria (por ejemplo, demencia o *delirium*), así como los trastornos neuróticos, afectivos, la simulación y por definición, los cuadros amnésicos causados por sustancias psicoactivas.

F05 ESTADO CONFUSIONAL O DE *DELIRIUM*, NO INDUCIDO POR EL ALCOHOL U OTRAS SUTANCIAS PSICOACTIVAS.

Se registrarán aquí, los estados confusionales y de *delirium* (ver pág. 18), con excepción de aquellos causados por el alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Incluye: Estados confusionales o de *delirium* causados por el consumo (por prescripción médica) de sustancias psicoactivas.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes:

- a) Trastornos de las funciones de integración (vigilia, memoria comprensión y orientación)
- b) Trastornos de las funciones cognoscitivas (sensopercepción y pensamiento)
- c) Trastorno de la psicomotilidad
- d) Trastorno de la esfera afectiva
- e) Trastorno del sueño
- f) Carácter fluctuante

g) Identificación de una causa orgánica con excepción del consumo de alcohol u otra sustancia psicoactiva.

Los trastornos de la vigilia pueden ir de la obnubilación al coma. Suelen presentarse ilusiones y alucinaciones, más frecuentemente visuales y táctiles así como alteraciones del pensamiento que incluyen lentificación, disgregación ideación paranoides y lógica oniroide (ver pág. 17,18)

De acuerdo con el contenido del pensamiento y las características e intensidad de las alucinaciones, la afectividad puede variar de la apatía a estados de complacencia o de terror y la motilidad de la acinesia a la agitación, o ser incoherente. Son constantes las alteraciones del dormir y el soñar con insomnio, alteraciones del ciclo sueño-vigilia y ensoñaciones vívidas de intenso contenido afectivo.

El GC3 permite la posibilidad de rubricar como estado confusional no inducido por alcohol u otras drogas a aquellos pacientes cuyas manifestaciones sintomáticas no hayan alcanzado el nivel de un síndrome de *delirium* (Síndromes confusionales); en tales casos, el clínico se guiará por la descripción del síndrome de confusión mental descrito en el capítulo de Definición de Términos y Precisión de Categorías, pág.18.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estos criterios se ajustan, en lo esencial, a las pautas para investigaciones de la CIE-10, pero en dicho manual se detallan más las alteraciones que deben estar presentes en los criterios a, b, c y d antes expuestos, y no se incluyen los trastornos en la esfera afectiva (criterio d del GC3).

En el DSM-IV se exigen criterios muy similares, y aclara explícitamente, que ninguno de los síntomas puede deberse a una demencia.

Incluye: estado confusional agudo (no alcohólico), estado confusional subagudo (no alcohólico), síndrome cerebral agudo, síndrome psicoorgánico agudo. Psicosis infecciosa aguda o subaguda, reacción orgánica aguda o subaguda y psicosis sintomática.

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta las demencias, el estado de agitación o estupor histriónicos, los trastornos esquizofrénicos y del estado de ánimo, así como las reacciones a gran estrés con toma de la conciencia.

F05.0 Estado Confusional o de *Delirium*, no superpuesto a demencia

F05.1 Estado Confusional o de *Delirium*, superpuesto a un cuadro demencia

F05.8 Otros estados confusionales o de *delirium*, especificados

F05.9 Estado confusional o de *delirium*, no especificado

F06 OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESION O DISFUNCION CEREBRAL

Se incluirá en esta categoría un grupo de trastornos que tienen en común:

1ro. Una base orgánica conocida (ver criterio de orgánico)

2do. Un cuadro clínico que remeda al de aquellos trastornos codificables fuera de la categoría F00-F09.

Por definición, quedan excluidos los trastornos debido al consumo de alcohol u otras sustancias PSICOACTIVAS, los cuales serán registrados en la categoría F10-F19.

Pautas para el diagnóstico

Para incluir un trastorno en esta categoría se requiere:

1. La presencia de una enfermedad somática o cerebral capaz de causar el trastorno, que precede a este en el tiempo.
2. Evolución paralela de los trastornos mentales y somáticos (los primeros mejoran o desaparecen al remitir la enfermedad de base)
3. Otras posibles causas pueden ser razonablemente excluidas

En las pautas para investigaciones de la CIE-10 se exigen los criterios 1 y 3 para un diagnóstico provisional y del 2 para certeza. En el DSM-IV se exigen los criterios 1 y 3 y que el trastorno no ocurra exclusivamente durante un *delirium*.

Entre las noxas que, con mayor frecuencia, causan este trastorno se incluyen:

La epilepsia, infecciones y neoplasias (intra y extracraneales), enfermedades vasculares y neurodegenerativas, las enfermedades del colágeno, los trastornos endocrino-metabólicos (hiper o hipofunción tiroidea o suprarrenal por ejemplo), las enfermedades producidas por agentes físicos y químicos (traumas craneales, tóxicos, preparados hormonales, etc.) y los estados de exhaustación.

F06.0 Alucinosis orgánica

Se caracteriza por la presencia, de manera continua o recurrente de alucinaciones, sin alteraciones de la vigilia y con conservación de la crítica sobre su carácter morboso.

Pautas para el diagnóstico

Para el diagnóstico de alucinosis orgánica se requiere:

1. La presencia de un cuadro clínico como el descrito en el párrafo anterior
2. Que las alucinaciones dominen el cuadro clínico aunque pueden existir interpretaciones paranoides y alteraciones afectivas derivadas de aquéllas y no preponderantes en el síndrome.
3. La ausencia de elementos de juicio que sugieran la posibilidad de que el trastorno forme parte de otro mayor (Demencia por ejemplo) o sea causado por una entidad clasificable en otro acápite de este manual.

Estos requisitos satisfacen los C.D.I. de la CIE-10. En el DSM-IV se considera dicho trastorno dentro del grupo de: Trastorno psicótico debido a enfermedades somáticas.

Incluye: Estado alucinatorio orgánico (no alcohólico), delirio dermatozoico.

Excluye: Alucinosis debida al consumo de sustancias psicoactivas (F1X.52).
Esquizofrenia (F20).
Estados Confusionales o de *delirium*.

F06.1 Trastorno catatónico, orgánico

Se registrarán aquí aquellos síndromes de agitación o estupor catatónico que satisfagan las pautas diagnósticas de F06.

Pautas para el diagnóstico

1. Deben satisfacerse los requisitos diagnósticos de F06
2. Debe estar presente un cuadro estuporoso o de agitación psicomotriz. El paso de uno a otro estado también es posible
3. Ausencia de elementos de juicio que sugieran la existencia de otro trastorno codificable, que pudiera explicar mejor el cuadro clínico.

Estas pautas satisfacen los criterios de investigación (CDI) y del DSM-IV. En este último se aclara que los síntomas no deben ocurrir únicamente mientras evoluciona un *delirium*.

Excluye: Esquizofrenia catatónica (F20.2).
Estupor disociativo (F44.2)
Estupor SOE R40.1
Reacción a estrés agudo grave (F43.0)
Estupor depresivo

F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme), orgánico

El cuadro clínico está dominado por las ideas delirantes. También pueden presentarse otros trastornos del pensamiento y alucinaciones.

Los fenómenos psicopatológicos antes descritos pueden incluir algunos considerados como “típicamente esquizofrénicos”.

Pautas para el diagnóstico

1. Se cumplen los requisitos diagnósticos de F06
2. Los síntomas delirantes constituyen el rasgo fundamental, y ocurren sin la presencia de obnubilación de la conciencia
3. No existen elementos sugestivos de que el síndrome forme parte de un trastorno más amplio, o sea mejor explicable como parte de otro trastorno codificable *ad hoc*.

Estos criterios se corresponden en general con los de los CDI (CIE-10) y los del DSM-IV.

Incluye: Estados orgánicos paranoides o alucinatorio-paranoides, psicosis esquizofreniformes de la epilepsia.

Excluye: Esquizofrenia (F20), otros estados delirantes prolongados (F22), episodio psicótico agudo transitorio (F23), estado psicótico debido al consumo de sustancias psicoactivas. (F1X.5).

F06.3 Trastorno del estado de ánimo, orgánico

Se registrarán aquí aquellos cuadros clínicos que satisfacen, tanto las pautas diagnósticas de F06 como los criterios sintomáticos de un episodio afectivo (F30-F32).

Pautas para el diagnóstico

1. Se satisfacen los criterios diagnósticos de F06.
2. Se cumplen las pautas diagnósticas de un episodio afectivo.

Los siguientes códigos de 5 caracteres pueden usarse para especificar el cuadro clínico:

- F06.30 Trastorno maníaco orgánico.
- F06.31 Trastorno bipolar orgánico.
- F06.32 Trastorno depresivo orgánico.
- F06.33 Trastorno del estado de ánimo mixto orgánico.

Esos criterios coinciden con los de investigación (CDI). En el DSM-IV se aclara que deben ocurrir los síntomas no solamente mientras evoluciona un *delirium*, y no se exige que los síntomas satisfagan las pautas diagnósticas de algún trastorno codificable entre F30 y F32, pero sí que su intensidad sea suficiente para provocar un malestar importante e interferir significativamente con el funcionamiento del paciente en algún área. En los casos de depresión, debe aclararse si se satisfacen o no los criterios de un episodio depresivo mayor.

Excluye: Los trastornos del estado de ánimo específicos de los epígrafes F30 - F39

Trastornos del hemisferio cerebral derecho (F07.8).

Trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas y las reacciones psicológicas (afectivas) ante la enfermedad.

F06.4 Trastorno de ansiedad, orgánico

Se recogerán en este acápite aquellos estados de ansiedad que además de presentar las características propias de los trastornos de ansiedad generalizada (F41.1) o de pánico (F41.0), tengan una base orgánica conocida.

Pautas para el diagnóstico

Deben ser satisfechas las pautas diagnósticas de F06 y los criterios sintomáticos de F41.1 ó F41.0.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estas pautas satisfacen los criterios diagnósticos de la CIE-10

En el DSM-IV no se exige explícitamente que se satisfagan las pautas de un trastorno de pánico o ansiedad generalizada, pero sí que las manifestaciones obsesivo-compulsivas, de ansiedad, o los ataques de pánicos dominen el cuadro clínico.

Al igual que en las demás subcategorías de F06, se exige una intensidad importante del trastorno, y el hecho de que éste no ocurra solamente durante la evolución de un *delirium*.

Excluye: Otros trastornos ansiosos no asociados a trastornos orgánicos (F41) y aquellos debidos al consumo de sustancias psicoactivas.

F06.5 Trastorno disociativo, orgánico

Se trata de un trastorno en que se combinan las pautas de uno de los trastornos de F44, trastornos disociativos (de conversión), y las de F06. Estos criterios concuerdan con los de investigación de la CIE-10. En el DSM-IV no se individualiza dicha categoría.

Excluye: Trastorno disociativo no asociado a trastornos orgánicos (F44), y aquellos consecutivos al estrés (F43) o al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19).

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

Se ubicarán aquí aquellos trastornos de base orgánica caracterizados por manifestaciones asténicas y de labilidad emocional, así como por quejas de carácter somático.

Excluye: trastornos somatomorfos no asociados a trastornos orgánicos (F45).

F06.7 Trastorno cognoscitivo leve

Se trata de un trastorno caracterizado por sentimientos de fatiga mental y de dificultad para aprender, así como por déficits de memoria y distractibilidad. Estos síntomas son causados por una enfermedad física, y pueden ocurrir simultánea o inmediatamente antes o después de su aparición.

La presencia de cualquier otro trastorno codificable en este manual excluye el diagnóstico de esta entidad.

Pautas para el diagnóstico

1. Se cumplen los criterio diagnósticos de F06.
2. Presencia del cuadro clínico descrito en el párrafo anterior.
3. No se satisfacen los criterios de ningún otro trastorno codificable en este manual.

Estos criterios satisfacen, en su esencia, los de los CDI, pero en dicho manual se desglosa detalladamente el criterio 2 de este glosario (GC3) y se exige, además, la constatación del déficit cognoscitivo mediante pruebas estandarizadas.

Esa entidad no ha sido recogida en el DSM-IV, queda como tema que debe investigarse, para definir si se incorpora o no a dicho manual.

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

Incluye: Psicosis epiléptica, no especificada.

Distimias asociadas a la terapia esteroidea.

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

F07 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS A ENFERMEDAD, LESION O DISFUNCION CEREBRAL.

La alteración de la personalidad y del comportamiento debida a una enfermedad, lesión o disfunción cerebral puede acompañar a la enfermedad de base o instalarse como una secuela de la misma.

F07.0 Trastorno de la personalidad, orgánico

Se entiende por trastorno orgánico de la personalidad a la ocurrencia de un cambio significativo, morbo y estable en el comportamiento de un individuo, como consecuencia de lesiones que afectan los tejidos cerebrales comprometidos con la voluntad, los afectos, impulsos, necesidades y algunas funciones cognoscitivas relacionadas con la capacidad del

pensamiento abstracto, para planificar las actividades propias, prever sus consecuencias y tener lo que comúnmente conocemos como "tacto" y "sentido común".

La modificación de la conducta es estable (o sea, no está presente en unos momentos y en otros no, ni solamente durante un cuadro de *delirium* o depresivo) y representa una desviación significativa de la personalidad premórbida (o del desarrollo de ésta si se trata de un niño) que interfiere evidentemente con su desenvolvimiento personal y social.

El trastorno no se circunscribe a algún aspecto específico de la personalidad, como la aparición o acentuación de algún rasgo, sino que tiene carácter global, de forma tal que "la manera de ser" del sujeto cambia lo suficiente como para que los que lo conocen utilicen términos como "quitaron a una persona y pusieron a otra," que denotan variaciones esenciales en el comportamiento.

Las modificaciones ocurridas no deben satisfacer los criterios diagnósticos de una demencia o un retraso mental, ni ser sus manifestaciones prodrómicas.

Tampoco se incluirán en este acápite las transformaciones permanentes de la personalidad, que se derivan de haber sufrido la experiencia de una enfermedad mental importante (F62.1) o una situación catastrófica (F62.0).

Una clara relación causa efecto debe ser establecida entre la enfermedad o lesión de base y las manifestaciones clínicas, de modo que tres cosas deben ser demostradas: a) presencia de una enfermedad o lesión cerebral, b) que ésta sea la causa de los síntomas y c) que éstos satisfagan los criterios de inclusión en esta categoría.

Los síntomas pueden ser variables (ver pautas diagnósticas) y combinarse de distintas formas.

Pautas para el diagnóstico

1. Presencia de un cambio morbos, estable y significativo en la manera de ser del paciente, respecto a sus patrones premórbidos o evidente desviación del desarrollo de su personalidad si ocurre tempranamente.
2. Demostración de una causa orgánica del cambio.
3. La alteración no forma parte de un trastorno más amplio codificable *ad hoc*, ni puede ser mejor explicada por ninguna otra de las entidades registradas en este manual.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estos criterios son compatibles con los del DSM-IV. La versión para investigaciones de la CIE-10 establece pautas más detalladas y menos flexibles.

Incluye: Síndrome del lóbulo frontal, síndrome post-lobotomía y post-leucotomía.

Personalidades epilépticas.
Personalidad orgánica.

Diagnóstico diferencial

Todas las enfermedades somáticas importantes que impliquen sufrimiento, invalidez o peligro de muerte pueden distorsionar la manera de ser del paciente por sus implicaciones psicosociales y deben ser diferenciadas de los trastornos orgánicos de la personalidad, donde el cambio se debe a una agresión directa del tejido cerebral.

De igual modo, deben tomarse en cuenta todos los trastornos mentales que pueden influir, de forma general, en el funcionamiento humano, como son las depresiones, la esquizofrenia, los trastornos no orgánicos de la personalidad (F.60) etc. y los trastornos orgánicos correspondientes a los demás rubros de la categoría F00-F09.

Excluye: Síndrome post-conmocional (F07.2)
Síndrome post-encefalítico (F07.1)
Trastorno de Personalidad(F60).
Transformación persistente de la personalidad tras una experiencia catastrófica (F62.0). Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica (F62.1).
Cambios de la personalidad durante la evolución de un proceso más amplio (demencia, por ejemplo).

F07.1 Síndrome postencefalítico

No obstante el carácter inespecífico de sus manifestaciones clínicas, se reserva esta subcategoría para los cambios en la personalidad consecutivos a una meningoencefalitis (bacteriana o viral), por el carácter reversible de este síndrome.

Pautas para el diagnóstico

1. Se satisfacen las pautas generales de F07
2. Evidencia de haber padecido recientemente una meningoencefalitis viral o bacteriana.
3. El cuadro clínico es reversible.
4. Presencia de síntomas neurológicos residuales (trastornos sensoriomotores, fenómenos afaso-apráticos, etc.)
5. El cuadro clínico no es mejor explicable por ningún otro trastorno codificable *ad hoc*.
6. No menos de dos años de duración.

Excluye: trastorno orgánico de personalidad (F07.0)

F07.2 Síndrome postconcusional

Se produce tras un trauma craneal, que por lo general ha sido intenso y producido pérdida de la conciencia.

El cuadro clínico es proteico, abigarrado, y concomitan síntomas de corte hipocondríaco como quejas de cefaleas, mareos, etc., con otros asteniformes, como malestar general, fatigabilidad, distractibilidad y dificultades con la memoria. La afectividad puede ser lábil, con tendencia a la irritabilidad, y también puede presentarse cierto grado de depresión y ansiedad. Muchos pacientes refieren dificultades con el sueño, así como intolerancia al ruido, al calor, a la exposición intensa a los rayos solares y al alcohol.

Es frecuente la presencia de un comportamiento de tinte hipocondríaco, con hipervaloración de sus dolencias y temor exagerado a quedar crónicamente enfermo.

Pautas para el diagnóstico

1. Se cumplen los requerimientos diagnósticos de F07
2. Antecedentes recientes (alrededor de un mes como límite) de un trauma craneal lo suficientemente grave como para explicar los síntomas.
3. Exclusión de cualquier otro trastorno que explique mejor el cuadro clínico
4. Presencia de un síndrome compatible con el descrito en el párrafo anterior

Estos criterios coinciden en esencia con los CDI de la CIE-10. En dicho manual, se puntualiza la necesidad de constatar manifestaciones de, al menos, tres de los seis grupos en que se dividen los síntomas (quejas de carácter general, cambios emocionales, dificultades cognitivas subjetivas, insomnio, intolerancia al alcohol y comportamiento hipocondríaco).

La A.P.A. no ha considerado conveniente la inclusión de ese síndrome en los rubros diagnósticos del DSM-IV, y queda como tema de investigación con vistas a valorar, en un futuro, la pertinencia o no de su incorporación. Se sugieren criterios diagnósticos de investigación muy similares a los de la CIE-10 (CDI).

Incluye: Síndrome postconcusional, síndrome cerebral postraumático no psicótico.

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

Incluye: Trastorno afectivo orgánico por afectación del hemisferio derecho.
Síndromes específicos de trastornos orgánicos de la personalidad, no clasificables en los apartados anteriores.
Estados prodrómicos (no psicóticos) de los procesos demenciales.

F07.9 Trastornos de la personalidad y del comportamiento no especificados debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

Incluye: Psicosis orgánica.

F09 TRASTORNO MENTAL ORGANICO O SINTOMATICO, NO ESPECIFICADO

Incluye: Psicosis orgánica o sintomática *SAI*.

Excluye: Psicosis, no especificada (F29)

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

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

Clasificación de los síndromes

F1X.0 - Intoxicación aguda

- .00 No complicada*
- .01 Con traumatismo o lesión corporal*
- .02 Con otra complicación de índole médica*
- .03 Con delirium*
- .04 Con distorsiones de la percepción*
- .05 Con coma*
- .06 Con convulsiones*
- .07 Intoxicación patológica*
- .08 Con complicaciones sociales*

F1X.1 – Consumo perjudicial ((Uso nocivo))

F1X.2 - Síndrome de dependencia

- .20 En la actualidad en abstinencia*
- .21 En la actualida, en abstinencia, en un medio protegido*
- .22 En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado*
- .23 En la actualidad en abstinencia, en tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes*
- .24 Con consumo actual de la sustancia*
- .25 Con consumo continuo*
- .26 Con consumo episódico (dipsomanía)*

F1X.3 - Síndrome de abstinencia ((Estado de abstinencia.))

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

F1X.4 - Síndrome de abstinencia con estado confusional o de *delirium* ((Estado de abstinencia con delirio))

F1X 5 - Trastorno psicótico.

- .50 Esquizofreniforme*
- .51 Con predominio de ideas delirantes*
- .52 Con predominio de alucinaciones*
- .53 Con predominio de síntomas polimorfos*
- .54 Con predominio de síntomas depresivos*
- .55 Con predominio de síntomas maníacos*

.56 *Trastorno psicótico mixto*

F1X.6 - Síndrome amnésico.

F1X.7 - Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío.

.70 *Con reviviscencias (**flash back**)*

.71 *Trastorno de la personalidad del comportamiento*

.72 *Trastorno afectivo residual*

.73 *Demencia inducida por alcohol u otra sustancia psicoactiva*

.74 *Otro trastorno cognoscitivo persistente*

.75 *Trastorno psicótico de comienzo tardío*

F1X.8 - Otros trastornos mentales y del comportamiento, especificados.

((Otros trastornos mentales y del comportamiento))

F1X.81-Consumo riesgoso.

F1X.9 - Trastorno mental y del comportamiento, no especificado.

Clasificación de acuerdo a la sustancia(s) psicoactiva(s) consumida(s)

F10 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
((Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol))

F11 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opiáceos
((Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos))

F12 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de *cannabinoides*
((Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de *cannabinoides*))

F13 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos
((Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos))

F14 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.
((Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína))

F15 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes, incluida la cafeína.
((Trastorno mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína))

F16 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos
((Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos))

F17 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.
((Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco))

F18 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.
((Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles))

F19 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otras sustancias psicoactivas o de múltiples drogas.
((Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas))

INTRODUCCION

Serán registrados aquí todos aquellos síndrome causados por el consumo morboso de sustancias psicoactivas, independientemente de su patoplastia, intensidad y carácter legal o no (incluidas las prescritas por el médico).

Los dos primeros guarismos (F1) indican la pertenencia del trastorno a esta sección del capítulo V de la CIE-10; el tercero (del 0 al 9) el tipo de sustancia implicada; y el 4to. (del 0 al 9) el síndrome específico.

Se ha dedicado particular atención a dicha categoría por las siguientes razones:

Pudiera parecer algo paradójico una preocupación tan especial por ese tópico en una nación, cuyas tasas de abuso de sustancias son significativamente inferiores a la de la mayor parte de los países occidentales, y donde los niveles de consumo de drogas fuertes son ínfimos. Sin embargo, es ésta la principal razón, pues de todos es conocido cuán ardua y difícil es la tarea de rescatar a un paciente de las garras de la adicción. Una vez establecida ésta, la batalla por la salud no sólo comienza tarde (cuando ya mucho daño y sufrimiento se ha causado), sino que siempre es costosa y abnegada, y no raramente baldía.

Es por esto, que los psiquiatras cubanos sienten que ahora es el momento de emprender medidas enérgicas, cuando aun tenemos a nuestro alcance la posibilidad de la opción preventiva y de un enfoque "epidemiológico" del problema.

Aun cuando nuestros indicadores no son tan elevados, resulta evidente una tendencia al aumento del consumo inadecuado de alcohol y comienzan a aparecer algunos casos de consumo de drogas más poderosas en sus efectos adictógenos y nosógenos.

Además, no existe aún una clara conciencia social sobre ese peligro, evidenciada por una relativa tolerancia al consumo irresponsable de alcohol y tabaco, así como por la propaganda "ingenua" que a través del cine o la televisión se le hace al consumo de dichas sustancias, tanto con repetidas escenas de su consumo por personajes carismáticos, como por su relación con los atributos de actividad, madurez, independencia social u hombría.

Por último, el hecho de contar con un sistema único de salud coherentemente organizado, que abarca la totalidad del territorio nacional y los cambios que tanto en Cuba como en el resto del mundo se operan, con un vuelco hacia la comunidad de las acciones de salud

mental demandan el uso de instrumentos de diagnóstico, evaluación y clasificación cuidadosamente diseñados para servir a tales fines.

CONSIDERACIONES GENERALES

Los rubros diagnósticos toxicomanías, farmacodependencias, abuso de sustancias, farmacofilias, toxicodependencias o más modernamente alteraciones relacionadas con el uso de sustancias o trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas, designan el estilo de vida donde el consumo irresponsable de las drogas constituye la esencia, y su relevancia como problema de salud es tal, que en algunos países desarrollados supera en morbilidad y casi alcanza en letalidad a las enfermedades cardiovasculares y oncológicas, sobre todo si tomamos en cuenta su importante función patogénica en dichas entidades (1) (2) (3). Su trascendencia actual y desafortunadas perspectivas inmediatas lo sitúan entre los principales problemas de salud en muchos países del primer y tercer mundos (4) (5) (6).

La existencia de tan disímiles denominaciones expresa, en algún grado, los esfuerzos por evitar el término **droga**, que en forma errónea es popularmente limitado a las sustancias ilegales, con la consecuente exclusión de aquéllas de prescripción médica, las drogas legales y los inhalantes.

Las drogas son sustancias psicoactivas naturales o sintéticas, de efectos indistintamente estimulantes, depresores o distorsionantes, capaces de generar tolerancia y dependencia, cuyo consumo prolongado determina relevantes daños biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Ese concepto incluye, por tanto, al café, el tabaco, el alcohol, los psicofármacos, los narcóticos, los antiparkinsonianos, los simpaticomiméticos, los inhalantes, la marihuana, la cocaína, y sus derivados, los opiáceos, los hongos alucinógenos, el polvo de ángel, el ICE y otras nuevas drogas sintéticas.

Cálculos recientes revelan que en los Estados Unidos de América se consumen anualmente más de 600 mil millones de cigarrillos, 200 mil millones de tazas de café, 50 mil millones de tabletas psicoactivas y 50 mil millones de tragos de bebidas espirituosas (que no incluyen la cerveza y el vino). Se estima que, en dicho país, hay 55 millones de ciudadanos adictos a la nicotina, 66 millones de personas que alguna vez han consumido marihuana y 27 millones que han hecho igual con la cocaína, cerca de 1 millón son adictos a la heroína y alrededor de 15 millones presentan dependencia alcohólica; afección cuya expectativa, de por vida, afecta a uno de cada ocho nacimientos (7).

La mitad de las camas hospitalarias son ocupadas por personas con afecciones relacionadas con las drogas y todos los años nacen en ese país 350 mil niños sujetos a su influencia (8), de los que aproximadamente la mitad presentará algún tipo de daño, y la cuarta parte consecuencias irreversibles como malformaciones corporales, retraso mental o trastornos del comportamiento (incluíbles en el nuevo concepto de teratogenia conductual).

La trascendencia económica actual del consumo de dichas sustancias alcanza, en ese medio, los 200 mil millones de dólares anualmente; cifra cuatro veces mayor que la determinada por la esquizofrenia. Trágica realidad que puede constatare con similar y hasta con mayor magnitud proporcional en otros países industrializados o del tercer mundo (9).

Es también importante destacar, que la repercusión del consumo irresponsable de alcohol es equivalente a la determinada por la suma de todas las demás sustancias psicoactivas conocidas; argumento de fuerza para superar la tendencia mundial a subvalorar la significación social de dicho tóxico, además de su condición de droga modelo y portera.

En América Latina, la prevalencia del alcoholismo alcanza cifras que fluctúan entre el 4 y el 24% de la población adulta con un estimado actual de 28 millones de pacientes y una expectativa de alrededor de 40 millones para los primeros años del siglo XXI.

En Cuba, las cifras de prevalencia evidenciadas en estudios regionales alcanzan un 2% de dependientes alcohólicos y un 4% de consumidores abusivos (consumo perjudicial de alcohol). La tasa de cirrosis alcohólica ronda los 7 por 100 mil habitantes y la proporción de cirrosis alcohólica es del 7,5%. Si utilizamos el alcohol como **droga modelo**, destacaremos que el factor de riesgo más relevante en el alcoholismo a nivel mundial es, en nuestra apreciación, la actitud social de tolerancia incondicional ante el consumo irresponsable de dicho tóxico (11), aunque deben también considerarse los aspectos genéticos; la efectividad de los mecanismos individuales de degradación del alcohol (a mayor efectividad mayor riesgo); los patrones socioculturales de consumo; la influencia de micro-grupos; las ocupaciones solitarias o aquéllas que impliquen alejamiento de la familia, o faciliten el acceso al tóxico; la ingestión desde edades tempranas, la propaganda; la procedencia de hogares rotos por separación, divorcios o viudez; y los factores de personalidad que impliquen inseguridad, depresión o ansiedad.

Las más frecuentes vías patogenéticas para el establecimiento de una toxicomanía son: la socio-cultural, que depende de las pautas de consumo de los macro o micro-grupos; la hedónica relacionada con la búsqueda excesiva del placer; la asertiva orientada al incremento de la seguridad personal; la evasiva que persigue la "solución" de situaciones de tensión y la sintomática, donde existe una afección precedente que desempeña una función nada despreciable en el establecimiento de la drogadicción (12).

CRITERIOS OPERATIVOS PARA IDENTIFICAR LOS COMPORTAMIENTOS ANORMALES ANTE EL ALCOHOL

Como principio general, debe establecerse que la valoración de los diferentes comportamientos ante el alcohol tomará siempre en cuenta, que la actitud del sujeto sea consistente y que en cierta forma integre el estilo de vida de la persona evaluada, pues los patrones de consumo coyunturales que duran menos de dos meses y que responden a situaciones desfavorables, no son válidos.

1. CRITERIO DE CANTIDAD Y FRECUENCIA

Ese criterio se cumple cuando el sujeto consume tres o más veces a la semana el equivalente a un cuarto de botella de bebida fuerte (**ron, cognac, vodka**) o una botella de vino, o cinco medias botellas de cerveza por día de consumo, cantidades que representan aproximadamente unos 90 a 100 gramos de alcohol en 24 horas, o cuando excede 12 estados de embriaguez ligera en el transcurso de un año.

2. CRITERIO DE NOCIVIDAD (también llamado criterio tóxico)

Se cumple cuando se establecen los efectos dañinos del alcohol tanto en el nivel biológico (gastritis, hepatitis, pancreatitis, polineuritis), como en el psicológico (depresión, ansiedad, culpabilidad, disforia), en el social (pérdida reiterada de empleos, separaciones, divorcios o arrestos), y en el espiritual (la vida deja de tener sentido para el paciente).

3. CRITERIO DE ESCLAVITUD

Se cumple cuando el sujeto pierde progresivamente su libertad de decidir ante el consumo de alcohol, es decir, si lo ingiere o no, y en el caso de hacerlo, hasta cuándo y cuánto tomar. En la práctica, la pérdida de libertad ante el alcohol se manifiesta en tres formas básicas: 1) pérdida del control (el sujeto no puede detenerse una vez que inicia el consumo); 2) incapacidad de abstenerse (el sujeto no puede pasar más de dos días sin beber); 3) necesidad cotidiana del alcohol, el sujeto necesita la ingestión del tóxico para desarrollar sus diferentes actividades y responsabilidades o para no tener síntomas de abstinencia.

4. CRITERIO DE ETIQUETADO

Ese criterio puede ser de escasa utilidad clínica cuando expresa juicios de valor distorsionados por factores subjetivos. Tiene, en la práctica, dos modalidades: 1) el aloetiquetado, que expresa la valoración de amigos y familiares sobre el patrón de consumo y 2) el autoetiquetado, de mucho mayor valor por expresar crítica de enfermedad; aspecto excepcional en las primeras etapas de la toxicomanía.

COMO OPERAR CON ESOS CRITERIOS

En primer lugar, los comportamientos normales ante las bebidas alcohólicas se identifican por no cumplirse ninguno de los 4 criterios, aunque excepcionalmente podría encontrarse el aloetiquetado por parte de algún familiar angustiado por experiencias traumáticas previas con alcohólicos.

CONSUMO RIESGOSO. Como etapa de transición hacia el alcoholismo, en esa modalidad de comportamiento el criterio que se cumple es el 1 (cantidad y frecuencia) y a veces el 4 (aloetiquetado), pero ningún otro.

CONSUMO PERJUDICIAL. Aquí se cumplen los criterios 1, 2, y frecuentemente el 4.

SINDROME DE DEPENDENCIA ALCOHOLICA. Se cumplen los criterios 1, 2, 3, y generalmente el 4.

La aparición de complicaciones, y finalmente, la evidencia de deterioro marcado de la personalidad, junto con los criterios expresados, delimitan las fases avanzadas de dependencia, que conducen, finalmente, al estado alcohólico vagabundo (13).

Hábida cuenta de que el alcohol es la droga modelo, los aspectos valorados son, en gran parte, generalizables al resto de las sustancias incluidas en esta categoría diagnóstica.

EL ALCOHOL COMO DROGA PORTERA

Para los expertos en la materia, el alcoholismo resulta la más trascendente y difundida de las toxicomanías y dicha categoría no es solamente conferida por la condición del alcohol y el alcoholismo como droga y drogadicción modelos (por ser dicha sustancia la única no médica y de carácter legal, capaz de producir los efectos de la más "dura de las drogas"), sino también por su carácter de droga y drogadicción porteras; término que expresa metafóricamente su acción facilitadora del consumo de otras sustancias de tipo médico e ilegal. (1) (12).

En esa categoría de porteras, se incluye también la nicotina (el tabaco), pero aunque el consumo de esa drogas determina una actitud de aceptación pasiva, no obstante el conocimiento de sus efectos nocivos, salta a la vista que el tabaco produce sobre todo daños corporales, que aunque son de gran relevancia por determinar el mayor número de muertes prevenibles en el ámbito médico, a diferencia de la droga que nos ocupa, no afecta en su consumo habitual la conciencia, por lo que sus efectos sociales resultan mucho menos conflictivos. Creemos, por tanto, oportuno valorar en forma sintética los mecanismos que explican la condición de droga portera: (14).

1- En el nivel histoquímico, estudios recientes parecen demostrar que existen aspectos comunes en la acción de diferentes drogas sobre los canales de calcio, los neurotransmisores, neuromoduladores y centros límbicos de gratificación y alerta. La necesidad biológica de la sustancia adictiva no es, por tanto, tan específica como se pensaba.

Evidencia de ello es el efecto de la **acupuntura** (al elevar las endorfinas), de las benzodiazepinas y de los antagonistas de los opiáceos del tipo Naltrexona en la abstinencia y *craving* en los alcohólicos, así como la tolerancia cruzada del alcohol con hipnóticos y sedantes. Por inferencia elemental, esa necesidad indiscriminada puede explicar que exista comprobación estadística del riesgo cruzado de consumo entre el alcohol, tabaco, café y drogas ilegales en la población en general.

- 2- En el nivel neuropsicológico destacaremos que el consumo abusivo del alcohol lleva al sujeto a utilizar como "estilo funcional", el nivel subcortical instintivo afectivo, que además de oponerse al comportamiento racional cognitivo-volitivo, expresa sus necesidades en forma no selectiva y cualquier sustancia que conduzca a dicho funcionamiento atávico será rápidamente aceptada. En lenguaje freudiano, el **ello** se fortalecería cada vez más con la consecuente búsqueda de placeres y el **super yo** se vería cada vez más debilitado.
- 3- Psicológicamente, la droga portera determina una actitud de tolerancia ante el consumo de sustancias con gran riesgo de dañar la salud en sus aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales y determina así mismo una postura de aceptación pasiva del efecto esclavizante producido por cualquier sustancia.
- 4- Establece por mecanismos de aprendizaje condicionado, y sobre todo instrumental, la tendencia a buscar la desinhibición o la embriaguez y abre así, respectivamente, la puerta a otras drogas estimulantes y depresoras.
- 5- Introduce el consumo de otras sustancias para "cortar" el efecto de somnolencia, reforzar los efectos desinhibidores (su modelo es la cocaína), permitir un mayor nivel de consumo (ej. anfetamínicos), reforzar sus efectos (ej. antiparkinsonianos) o calmar la ansiedad.
- 6- Determina consecuencias familiares laborales y sociales, que posteriormente "tratan de olvidarse" con la utilización de "sustancias más estimulantes" y se establece así lo que nosotros llamamos evasión secundaria.
- 7- Conduce a la reducción progresiva de valores con la consecuente marginación y vínculos interpersonales con politoxicómanos.
- 8- Ese deterioro social implica una actitud cada vez más irresponsable y el establecimiento de una postura derrotista, basada en el criterio de que "ya nada puede ser peor" (incluido el consumo de drogas ilegales).
- 9- Su consumo generalizado lleva al desarrollo comunitario de una actitud de tolerancia incondicionada, donde se acepta tanto el consumo en situaciones no adecuadas, como el estado de embriaguez por el alcohol, y posteriormente, también por otras sustancias. Esa peligrosísima indulgencia ante el consumo de drogas se hace cada vez más evidente en las producciones cinematográficas de muchos países (15) (16) (17).

Ningún equipo de salud debe considerar cumplidas sus gestiones preventivas en la atención a las personas con toxicomanías, hasta tanto no logre que la población reaccione ante una persona embriagada, con la misma actitud crítica que se evidencia cuando alguien fuma dentro de un ascensor, para lo que resulta imprescindible crear la conciencia social de que existe también el "bebedor pasivo" y que esa situación está siempre presente en el entorno

de quien consume el alcohol en forma irresponsable, pues las consecuencias para otros pueden ser incluso mucho más desfavorables que las determinadas por el humo en el "fumador pasivo".

OTROS COMPORTAMIENTOS ADICTÓGENOS

De forma solapada y legal, de la misma manera en que el tabaco, el alcohol y otras sustancias penetraron la sociedad hasta devenir azote de ésta por el daño que causa su uso abusivo y su poder "adictógeno", determinadas costumbres y hábitos no relacionados directamente con el uso de sustancias psicoactivas (incluso no relacionados con ninguna sustancia) han comenzado a llamar la atención.(17, 20).

El uso de sustancias que no producen dependencias se registrará en F55, pero el de algunos alimentos (como el chocolate) y el uso nocivo de la televisión y el vídeo juego, por ejemplo, no forman parte aún del contenido de los tratados sobre enfermedades mentales.

Si bien no existe suficiente experiencia para avalar como trastorno del comportamiento tales actitudes, ni rubros donde colocarlas, se recomienda a los clínicos que identifiquen patrones conductuales de ese tipo, recogerlos en el Eje-III Factores Psicoambientales Adversos, en el acápite 11 Problemas relacionados con el estilo de vida.

Pautas para el diagnóstico

Para el registro de un diagnóstico en esta sección se requiere:

- a) Identificación de un síndrome como los descritos más adelante que afecta significativamente al paciente en su bienestar físico, psíquico, social o espiritual.
- b) Demostrar que es causado por el consumo de una o varias sustancias psicoactivas.
- c) Excluir otras posibles causas.

Cuando se haga uso de más de una sustancia, todas serán codificadas. La subcategoría F19 se usará solamente cuando se satisfacen los criterios a, b y c antes expuestos debido a un patrón de consumo caracterizado por el uso de una mezcla de sustancias diversas, de forma tan anárquica y desorganizada, que no se satisfacen los criterios de "uso morbosos" para ninguna de ellas en particular.

Excluye:

Uso abusivo de sustancias que no producen dependencias (F55).

F1X.0 Intoxicación aguda

Cuadro clínico que ocurre concomitantemente o inmediatamente después del consumo de una sustancia psicoactiva y que satisface los requerimientos diagnósticos que a continuación se exponen:

Pautas para el diagnóstico

- a) Se satisfacen los criterios generales de inclusión en la categoría F10-F19
- b) El síndrome clínico ocurre durante o poco tiempo después del consumo de la sustancia implicada y su intensidad (en casos no complicados) disminuye con el tiempo a partir del momento en que el consumo se interrumpe.
- c) Se dan las tres siguientes condiciones (TODAS)
 - El consumo de la, o las sustancias psicoactivas está claramente evidenciado.
 - El cuadro clínico es compatible con los efectos de la, o las sustancias usadas.
 - Otras posibles causas han sido racionalmente excluidas.
- d) La dosis de la sustancia consumida es lo suficientemente elevada como para producir el síndrome, aunque en algunos pacientes con trastornos orgánicos o somáticos (hepatopatías graves y focos epilépticos por ejemplo) el cuadro puede ser desencadenado por dosis pequeñas (intoxicación patológica).
- e) Los síntomas son lo suficientemente intensos como para interferir significativamente con los requerimientos habituales de la vida cotidiana, poner al paciente en riesgo real de accidentarse o dañar a otras personas o cosas, o cometer acciones delictivas o reprobables desde el punto de vista ético-moral.
- f) El diagnóstico pertinente es compatible con el de otros síndromes (abstinencia, dependencia, etc.) codificables en esta categoría siempre que el cuadro clínico no sea totalmente explicable por ellos (se satisfacen las pautas de ambos diagnósticos). En estos casos se recurrirá al uso de más de un diagnóstico, y queda a juicio del clínico cuál de ellos quedará como diagnóstico principal.

Dichos criterios satisfacen los CDI de la CIE-10 y los del DSM-IV.

Los síntomas pueden ser muy variados, y dependen tanto del tipo y dosis de la sustancia empleada como de las características biológicas y psicosociales del paciente y las del entorno en que ocurren, por lo que una misma sustancia puede producir síntomas diversos y viceversa, un mismo síndrome ser la consecuencia del uso de distintas drogas.

Entre los síntomas más frecuentemente hallados se encuentran:

- 1- Alteraciones en la esfera de integración (vigilia, memoria, atención y orientación)
- 2- Alteraciones de las sensopercepciones
- 3- Alteraciones del pensamiento (ideas delirantes, por ej.)
- 4- Alteraciones del control y la coordinación neuromusculares (disartria, ataxia y trastornos de la marcha y el equilibrio)
- 5- Alteraciones afectivas.
- 6- Alteraciones del control de los impulsos.

Diagnóstico diferencial

El consumo de sustancias psicoactivas puede precipitar los síntomas de cualquier enfermedad orgánica o sintomática subyacente, así como exacerbar las manifestaciones de

un cuadro funcional de base, como un trastorno por estrés agudo, disociativo o esquizofrénico.

La posibilidad de que los síntomas se deban a un traumatismo craneal ocurrido durante el estado de embriaguez debe ser también pesquisada. También debe ser tomada en cuenta la factibilidad de que el cuadro clínico se deba al uso de bebidas adulteradas o con efectos tóxicos (alcohol metílico, por ejemplo).

Puede usarse un quinto dígito para mayor especificación:

F1X.00 no complicada

F1X.01 con traumatismo o lesión corporal.

F1X.02 con otra complicación médica (ejemplo hematemesis).

F1X.03 con *delirium*

F1X.04 con distorsiones de la percepción

F1X.05 con coma

F1X.06 con convulsiones

F1X.07 intoxicación patológica (sólo se aplica al alcohol).

Súbita desorganización (usualmente agresiva y violenta), tras la ingestión de pequeñas cantidades de alcohol.

F1X.08 Con complicaciones sociales (accidentes, agresiones, transgresiones de leyes y normas ético-morales).

F1X.1 Consumo Perjudicial

Se trata de un patrón de consumo que afecta la salud física, mental y espiritual del paciente, pero que no satisfacen los requerimientos diagnósticos de ninguna de las subcategorías diagnósticas comprendidas entre F1X.2 y F1X.9.

Pautas para el diagnóstico

- a) Existen evidencias de la existencia de un daño somático o psicosocial debido al consumo de una o más sustancias psicoactivas
- b) El patrón de consumo ha durado un mes o más, o se ha hecho evidente en reiteradas ocasiones durante por lo menos un año.
- c) El cuadro no es mejor explicable por ningún otro trastorno clasificable en este manual

Estos criterios son compatibles con los de los CDI de la CIE-10 y del DSM-IV

F1X.2 Síndrome de dependencia

El consumo repetido de una sustancia psicoactiva puede producir alteraciones físicas y psicosociales que den lugar a la aparición de un síndrome con las características descritas en Pautas para el Diagnóstico. El síndrome se desarrolla habitualmente tras el consumo

prolongado y cada vez mayor de una o varias sustancias psicoactivas (desarrollo de la tolerancia).

No obstante, el uso de ciertas drogas “duras” puede ocasionar un síndrome de dependencia en un lapso muy breve por lo que resulta difícil evidenciar este proceso.

Pautas para el diagnóstico

Para el diagnóstico de un síndrome de dependencia se deben satisfacer los tres requisitos que a continuación se enumeran:

1. Deseo vehemente de consumir la sustancia u otra con efectos análogos.
2. Criterio de esclavitud: no poder decidir cuándo y cuánto consumir. La necesidad de encontrarse bajo sus efectos es tal, que lograrlo se convierte en el principal (cuando no en el único) objetivo en la vida del paciente que consume cantidades significativas de su tiempo en actividades directamente relacionadas con el consumo. Fallidos intentos por reducir o eliminar el consumo son también frecuentes, pero el patrón de consumo vuelve a aparecer aun cuando el paciente tenga clara percepción del daño que le ocasiona.
3. La interrupción o disminución significativa del consumo produce un síndrome de abstinencia.
Un incremento progresivo en los niveles de consumo precede al síndrome, pero, como ya se dijo, no siempre puede ser claramente evidenciado.

El diagnóstico de síndrome de dependencia se puede especificar más con los siguientes códigos de cinco caracteres:

F1X.20 En la actualidad en abstinencia.

F1X.21 En la actualidad en abstinencia, en un medio protegido

F1X.22 En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado (dependencia controlada).

F1X.23 En la actualidad en abstinencia, en tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes

F1X.24 Con consumo actual de la sustancia (dependencia activa).

F1X.25 Con consumo continuo.

F1X.26 Con consumo episódico (dipsomanía).

Incluye: adicción al alcohol u otras drogas, dipsomanía.

Excluye: pacientes que tras la supresión de un fármaco prescrito por un facultativo presentan un síndrome de abstinencia, pero no satisfacen los criterios 1 y 2 de las pautas diagnósticas.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Esos indicadores satisfacen los criterios de investigación (CDI) de la CIE-10 y del DSM-IV.

F1X.3 Síndrome de abstinencia

Se registran aquí aquellos cuadros clínicos causados por la supresión (o disminución significativa) del consumo de una sustancia psicoactiva, de la cual el paciente es dependiente. El cuadro clínico varía de acuerdo con el tipo de droga usado y los patrones de consumo y supresión, así como en relación con las condiciones físicas psíquicas y ambientales del sujeto.

Pautas para el diagnóstico

Para el diagnóstico de esta entidad se requiere:

- a) Evidencias de que el paciente presenta un síndrome de dependencia a aquellas sustancias, cuyo consumo ha sido reducido significativamente o interrumpido.
- b) Correspondencia entre el cuadro clínico presentado por el paciente, y los síntomas del síndrome de abstinencia a la sustancia empleada.
- c) Que ningún otro trastorno codificable *ad hoc* le ofrezca una explicación más plausible al síndrome.
- d) Que las manifestaciones clínicas sean de intensidad suficiente, para necesitar de ayuda especializada, debido al sufrimiento, peligro de complicaciones físicas y mentales, o a la interferencia en el funcionamiento psicosocial que producen.

Puede obtenerse una mayor precisión diagnóstica mediante el uso de un quinto dígito;

F1X.30 no complicado

F1X.31 con convulsiones.

F1X.4 Síndrome de abstinencia con estado confusional o de *delirium*

Se ubicarán aquí aquellos cuadros clínicos que cumplen los requisitos de la subcategoría anterior (F1X.3) y presentan además un síndrome confusional o de *delirium*, no clasificable en F05, pero si se considera que existen también factores orgánicos, que desempeñan un papel protagónico en su génesis, el síndrome será incluido en F05.8

Un mayor grado de especificidad diagnóstica puede lograrse mediante el uso de un quinto dígito.

F1X.40 no complicado

F1X.41 con convulsiones.

Incluye: *Delirium Tremens* alcohólico.

Excluye: Estados confusionales o de *delirium* no inducidos por alcohol u otras drogas (F05).

F1X.5 Trastorno psicótico

Se trata de un trastorno caracterizado por:

- a) Presencia de alteraciones sensoperceptuales (ilusiones y alucinaciones) y del pensamiento (ideas delirantes y de referencia), así como de un amplio espectro de alteraciones de la psicomotricidad y la afectividad, que van del estupor a la agitación y del pánico al éxtasis .
- b) Ocurren en un estado de vigilia normal (La CIE-10 acepta su concurrencia con alteraciones leves de la conciencia)
- c) No se satisfacen los requerimientos diagnósticos de una intoxicación aguda (F1X.0) de un síndrome de abstinencia con o sin *delirium* (F1X.3 ó F1X.40) ni de ningún otro trastorno codificable en otro apartado de este manual.
- d) Los síntomas aparecen dentro de dos semanas de consumo y duran más de 48 horas y menos de 6 meses.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estos criterios satisfacen los requerimientos de los CDI de la CIE-10. No existe una correspondencia exacta entre esta subcategoría (F1X.5) de la CIE-10 y su homónima en el DSM IV (substance induced Psychotic Disorders) ya que sus requerimientos diagnósticos se solapan sólo parcialmente debido a que:

- I. En el DSM-IV las manifestaciones sintomáticas se limitan a ideas delirantes y alucinaciones (sin conciencia de que son debidos al uso de drogas).
- II. Los síntomas pueden ocurrir tras un lapso de un mes de consumo o abstinencia, por lo que incluye algunos casos que se registrarían en F1X.7 en la CIE-10.
- III. Según el manual A.P.A. se infiere que la duración del trastorno no debe exceder claramente a un mes (mientras que el límite en los CDI es de seis meses).
- IV. En el DSM-IV no se exige un tiempo mínimo de duración de los síntomas.

El diagnóstico de Trastorno Psicótico puede concretarse más con 5 caracteres.

F1X.50 esquizofreniforme

F1X.51 con predominio de ideas delirantes

F1X.52 con predominio de las alucinaciones (incluye la alucinosis alcohólica)

F1X.53 con predominio de síntomas polimorfos

F1X.54 con predominio de síntomas depresivos

F1X.55 con predominio de síntomas maníacos

F1X.56 trastorno psicótico mixto.

F1X.58 otros

F1X.6 Síndrome amnésico

Se registrarán aquí aquellos síndromes amnésicos crónicos, que tienen los mismos síntomas que aquellos rubricables en F04, pero que son debidos al consumo de sustancias psicoactivas.

Pautas para el diagnóstico

1. Existe un deterioro primario (no consecutivo a un fallo en la atención, motivación o vigilia) y significativo de la memoria de fijación y de evocación.
2. La memoria inmediata está conservada.
3. Es evidente el consumo de una o varias sustancias psicoactivas en una cantidad lo suficientemente elevada y por un tiempo tal, que justifiquen la aparición del síndrome.
4. La posibilidad de que la amnesia sea causada por otro trastorno codificable *ad hoc* en este manual o forme parte de un trastorno más amplio (demencia o *delirium* por ejemplo) debe ser racionalmente excluida.

Dichas pautas son compatibles con los requerimientos de los CDI de la CIE-10 y del DSM-IV.

Diagnóstico diferencial

Un pobre rendimiento mnésico es frecuente cuando la atención o la vigilia están alteradas, lo cual ocurre en múltiples afecciones psiquiátricas (depresiones, SEOA, trastornos neuróticos, etc.). La pertenencia de los síntomas a un síndrome más amplio, especialmente las demencias y el *Delirium* deben siempre pesquisarse, así como una posible base orgánica (F04), deficitaria (no asociada al consumo de sustancias) o de otra índole.

Incluye: Psicosis (síndrome) de Korsakov causado por el alcohol u otra droga.

F1X.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío

Esta subcategoría está destinada a registrar aquellos síndromes que, aunque directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (condición imprescindible para el diagnóstico), persisten por un tiempo claramente mayor que el período durante el cual la sustancia en cuestión pudiera mantener su efecto en el organismo.

Los cambios pueden ser muy variados (ver uso de quintos dígitos) y pueden afectar diversas esferas del psiquismo.

El diagnóstico de trastorno psicótico residual inducido por drogas puede subdividirse mediante el uso de un quinto carácter:

F1X.70 Con reviviscencias (*flashbacks*): breves reminiscencias históricas, que a veces replican con exactitud experiencias anteriores relacionadas con sustancias psicoactivas.

F1X.71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento, que sigue el criterio de F07.0.*

F1X.72 Trastorno afectivo residual, que sigue el criterio de F06.30.*

F1X.73 Demencia inducida por alcohol u otra sustancia psicoactiva, que sigue el criterio general para demencia (ver introducción a F0).*

F1X.74 Otro deterioro cognoscitivo persistente.

F1X.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Pautas para el diagnóstico

Para el diagnóstico resulta necesario.

1. Demostración de una relación causa efecto entre el consumo de la sustancia y el síndrome.
2. El trastorno excede en el tiempo al período de acción de la sustancia o sustancias implicadas.
3. El cuadro clínico debe corresponderse con alguno de los descritos en F1X.70 a F75 (ver uso de quintos dígitos en el párrafo anterior)
4. En el caso de F1X.70 (*flash back*) se ajustará a las características descritas en el párrafo correspondiente. Para diagnosticar los síndromes codificados de F1X.71 a F1X.74 será necesario que se satisfagan las pautas aceptadas en la categoría F00-F09, con excepción de la exclusión de consumo de sustancias psicoactivas como causa. Respecto a F1X.75: para diagnosticar el trastorno psicótico de comienzo tardío, los criterios serán los mismos que para F1X.5 exceptuado su comienzo entre más de dos y menos de seis semanas. Estas pautas han sido diseñadas para satisfacer los CDI de la CIE-10.

Por su parte, el DSM-IV no describe todos esos cuadros (F1X.70 a F1X.75) en una categoría única, sino que los trata como entidades independientes dentro del capítulo "**Mental Disorders Due to a General Medical Condition**".

Diagnóstico diferencial

Estos síndromes deben diferenciarse de otras similares clasificables en otros rubros, como F00-F09. El trastorno psicótico F1X.5 puede confundirse con las reminiscencias, y también pueden ser motivo de exclusión las reacciones a estrés agudo y los trastornos de la personalidad (F60-F62). Los trastornos neuróticos y afectivos también deben ser tenidos en cuenta.

F1X.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento, especificados

* Excepto por la naturaleza de su agente causal

Se ubicarán aquí aquellos trastornos específicos causados por el consumo de sustancias psicoactivas que no satisfacen los requerimientos de ninguna de las categorías y subcategorías precedentes.

F1X.81 Consumo riesgoso

Aunque el consumo riesgoso (desde el punto de vista individual) no es propiamente un "trastorno" se ha decidido mantener esa categoría en el GC3, no obstante el hecho de que fue excluida de la versión final de la CIE-10, debido a la necesidad (ya anteriormente argumentada) de disponer de un instrumento que favorezca el diagnóstico y registro de situaciones que deben ser incluidas en cualquier programa integral de acciones de salud mental en la comunidad.

Por lo general, el consumo riesgoso 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 enfocado desde una óptica epidemiológica.

En la lucha contra el uso abusivo de sustancias, la identificación de 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, o que ocurren en el contexto de circunstancias personales y sociales propiciadoras de una evolución desfavorable.

Si bien los niveles de consumo no satisfacen los criterios de un "consumo perjudicial" o Dependencia, suelen ser vistos con preocupación y 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 el tabaco de forma epidemiológica, pero situaciones individuales, relacionadas con el consumo de psicoestimulantes 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 hacerlo.

Pautas para el diagnóstico

- A) Existe un consumo de sustancias psicoactivas que, por sus características y las circunstancias que lo rodean, implica un riesgo elevado de convertirse en un problema.
- B) No se satisfacen los criterios de consumo perjudicial, dependencia ni abstinencia.
- C) No obstante lo anterior, el patrón de consumo es censurado, repudiado o visto con alarma por familiares y personas allegadas.

Igualmente, el eje VI, será utilizado para registrar las situaciones de riesgo de abuso de sustancias. Con otras palabras, para identificar aquellas circunstancias en que un sujeto, aunque no abuse del uso de sustancias psicoactivas, tiene una posibilidad de llegar a hacerlo, mayor que la de la población general, como por ejemplo quienes trabajan en labores directamente relacionadas con el consumo de alcohol (músicos-camareros), y las personas provenientes de un medio familiar o microsocial donde el abuso de sustancias es habitual, éticamente aceptado, e incluso, elogiado.

En casos de niños y adolescentes, resulta especialmente peligroso si, entre las personas de su entorno que abusan del alcohol u otras drogas, hay algunas particularmente carismáticas o con las cuales el niño (o joven) tiene gran identificación o relación de subordinación (padres, por ejemplo).

Debe recordarse que la televisión y el cine pueden desempeñar una importante función en ese aspecto, a través de la identificación con "héroes" y personajes carismáticos, así como con la propagandización (generalmente, sin el propósito consciente de hacerlo) de actitudes de tolerancia incondicional al abuso del alcohol, tabaco u otras sustancias.

También están en situación de riesgo aquellas personas con padecimientos somáticos o mentales, que mejoran de sus síntomas cuando ingieren alcohol, sobre todo si evidencian un aumento en el uso de esa u otra sustancia en busca de alivio o asertividad, aunque los niveles de consumo no satisfagan los criterios de ningún trastorno codificable en ninguna otra subcategoría de esta sección (F10-F19).

Identificar a personas o grupos humanos en riesgo es de vital importancia para la medicina preventiva, y por ende para diseñar las acciones de salud mental, por lo que su registro es considerado por nuestros profesionales un paso imprescindible para el vuelco hacia la comunidad en que, a escala mundial, se empeña hoy la Psiquiatría.

Se recomienda recoger esas situaciones de riesgo en los ejes adicionales que corresponda, aun en ausencia de un trastorno codificable.

F1X.9 Trastorno mental o del comportamiento, no especificado

Registro del deterioro ético-moral

En muchas ocasiones, el consumo perjudicial, y más aún la dependencia al alcohol u otras sustancias psicoactivas, se acompaña de un deterioro ético-moral, que va desde el abandono, de grado variable, de los hábitos de limpieza y atuendo personal, hasta comportamientos moral o éticamente censurables.

El sujeto puede estar sucio y mal oliente y sus cosas evidenciar similar situación, salir a la calle desaliñado, con vestimentas ajadas, sucias, e incluso, andrajosas, descosidas y mal abotonadas

Al abandono afectivo y económico de su familia, pueden agregarse desde hurtos o ventas de propiedades familiares, para conseguir la droga, hasta la comisión de delitos mayores.

El individuo puede tornarse mentiroso, para encubrir o justificar su conducta o pedir dinero prestado. Suele también producirse un deterioro de la comunicación, con disminución de los temas de conversación, circunstancialidad, lenguaje vacío, insistencia en tópicos intrascendentes, lenguaje (y gesticulación) soez, gritar, etc.

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, etc.), sino que forme parte de un estilo de vida inducido por un menoscabo de los patrones ético-morales, debe ser recogida en el tercer eje en "Problemas relacionados con el estilo de vida".

Nota: El Comité de Dirección del Glosario Cubano de Psiquiatría agradece al Profesor Ricardo González Menéndez su asesoría general y gentil cooperación al escribir el acápite "Consideraciones Generales" de este capítulo.

BIBLIOGRAFIA

1. Velazco, R. Prólogo al libro las adicciones, dimensiones, impacto y perspectiva. En: Las adicciones hacia un enfoque multidisciplinario. Publicación de la Secretaría de Salud de México 1994.
2. MINSAP. "Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de enfermedades mentales 9na.revisión". Editorial Hospital Psiquiátrico de La Habana.
3. Organización Mundial de la Salud CIE. 10ma. Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades: Descripción Clínica y Pautas para el diagnóstico. Editorial Técnica Gráfica. Forma S. A. Madrid. 1992.
4. González, R; González, E; Dujarric R. Morbilidad oculta del alcoholismo masculino y valor de los instrumentos diagnósticos. Revista Española de Drogadependencias 17 (1) 31-43, 1992.

5. Editorial Revista Española de Drogodependencias. 16(4) 255-256, 1991.
6. Schroeder, R. El Mundo de las drogas. Editorial EdameX. México Distrito Federal 1982.
7. Kaplan, H.; Sadock B. "Alcoholismo" in Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. Williams and Wilkins Edit. Baltimore 1990.
8. Kebler, H. "Use, Abuse, Dependence". Proceeding 6th Annual Vatican Pontifical conference. "Contra Spem in Spem" Drugs and Alcoholism against Life. Rome Nov. 21 1991.
9. González, R. El Alcoholismo y su Atención Específica. Editorial Ciencias Médicas Habana 1994.
10. Levay, I., Lima, C.; Somoza M.; Cramer N.; González, René. "Salud para todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la Acción". Boletín de la OPS Vol 107 (3). 196-219, Sep. 1989.
11. Alonso, F. Bases Psicosociales del Alcoholismo. Tesis de adscripción a la Real Academia Española de Medicina. Madrid 1979
12. González, R. "Como liberarse de los Hábitos Tóxicos. Editorial Ciencias Médicas. La Habana 1994.
13. González, R. "El consumo social y anormal de alcohol: Criterios para su identificación por el médico de familia. Rev. Cub. de Med. Gen. Integral. 9(3) 251-257, 1993.
14. González, R. El alcohol como droga portera. Ponencia al Primer Seminario Internacional de Alcoholismo en el Caribe. Santiago de Cuba 1995.
15. González, R.; Donaire I.: El Cine como Reflejo de Actitudes ante el alcohol. "Rev. del Hosp. Psiq. de La Habana 27 (3) 377-383, 1986.
16. González, R.; Cisneros A.: Los patrones de consumo alcohólico en el Cine. "Estudio de una muestra de filmes Cubanos y de otros países latinoamericanos" Rev. del Hosp. Psiq. de La Habana 29 (3) 41-51, 1988.
17. Alonso, F. Las otras drogas. Temas de hoy S.A; 1er. Ed. Madrid 1996.
18. Alonso, F. Alcohol dependencia, Ed. Científico Técnicas Mosson Salvat Medicina, Madrid 1992.
19. Alonso, F. Vencer la depresión. Temas de hoy 1 ed.; Madrid, 1994.

**F20-F29 ESQUIZOFRENIA. TRASTORNO ESQUIZOTIPICO Y
TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES**

F20-F29 - Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

F20 - Esquizofrenia

- F20.1 - Esquizofrenia hebefrénica
- F20.2 - Esquizofrenia catatónica
- F20.3 - Esquizofrenia indiferenciada
- F20.36-Esquizofrenia crónica indiferenciada
- F20.4 - Depresión postesquizofrénica
- F20.5 - Esquizofrenia residual
- F20.6 - Esquizofrenia simple.
- F20.8 - Otras esquizofrenias
- F20.80-Esquizofrenia infantil
- F20.9 - Esquizofrenia, no especificada.

Formas de evolución

- F20.X0 - Continua en brote psicótico
- 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 defectos
- F20.X5 - Episódica en remisión sin defecto
- F20.X7 - Episódica en fase prodrómica
- F20.X8 - Otras formas evolutivas
- F20.X9 - Forma evolutiva no especificada (se incluirán aquí) aquellos pacientes con un período de observación menor de un año)

F21 - Trastorno esquizotípico

F22 - Trastornos de ideas delirantes, prolongados ((Trastornos delirantes persistentes))

- F22.0 - Trastorno de ideas delirantes
((Trastorno delirante))
- F22.8 - Otros trastornos de ideas delirantes, prolongados
((Otros trastornos delirantes persistentes)).
- F22.9 - Trastorno de ideas delirantes prolongado, no especificado
((Trastorno delirante persistente, no especificado))

F23. - Trastornos psicóticos agudos y transitorios

- F23.0 - Trastorno psicóticos agudo polimorfo, sin síntomas de esquizofrenia
- F23.1 - Trastorno psicótico agudo polimorfo, con síntomas de esquizofrenia.
- F23.2 - Trastorno psicótico agudo, esquizofreniforme.
((Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico))
- F23.3 - Otro trastorno psicótico agudo, con predominio de ideas delirantes.

- F23.8 - Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios, especificados
 ((Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios))
 F23.9 - Trastorno psicótico agudo y transitorio, no especificado

Frases calificativas

- .X0 Sin estrés agudo asociado
- .X1 Con estrés agudo asociado

***F24.-Trastorno de ideas delirantes inducidas
 ((Trastorno delirante inducido))***

F25 - Trastornos esquizoafectivo

- 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, especificados
 ((Otros trastornos esquizoafectivos))
 F25.9 - Trastorno esquizoafectivo, no especificado

F28 – Otros trastornos psicóticos de origen no orgánico

F29. - Psicosis de origen no orgánico, no especificada.

INTRODUCCION

En esta sección, se incluye, junto con la esquizofrenia, un grupo de trastornos que tienen en común una o varias de las siguientes características:

1. Un nivel de funcionamiento psicótico
2. Presencia de ideas delirantes, alucinaciones o ambas
3. El hecho de que, taxonómicamente, su definición no es ajena al concepto de esquizofrenia (ver párrafos siguientes), pues su ubicación dentro de esta categoría implica siempre el valorar si sus manifestaciones satisfacen o no los criterios de aquélla. Es ciertamente ésta, una categoría compleja, que reúne a un grupo de trastornos de patogenia incierta y ubicación taxonómica controvertida, y alberga, tanto a las formas nucleares de la esquizofrenia, como a otros síndromes, que muchos clínicos prefieren clasificar como subtipos marginales de dicha entidad, mientras que otros consideran más apropiado hacerlo fuera de ella, bien sea como trastornos emparentados con esa afección, o como síndromes totalmente ajenos a ésta.

F20 ESQUIZOFRENIA

El concepto de lo que hoy llamamos esquizofrenia fue creado por Kraepelin en las postrimerías del siglo XIX.

Con el tiempo, sus criterios han sido ampliados, reducidos, modificados, aceptados o rechazados por diversos autores.

La falta de conocimientos claros sobre la patogenia de ese trastorno, ha facilitado que numerosos cuadros clínicos que no cumplen los postulados clásicos de dicha entidad hayan sido relacionados con ésta, ya sea como parte de ella (formas clínicas marginales) o como parientes cercanos de menor expresividad dentro de un espectro común.

Nombres como el de esquizofrenia larvada, latente o pseudo-neurótica, paranoia, parafrenia, estados paranoides, esquizofrenia esquizoafectiva, etc., han sido empleados con diferentes implicaciones (y hasta diversos nombres) en distintas clasificaciones, por quienes los han considerado variantes periféricas de la esquizofrenia; entidades distintas, pero muy relacionadas con dicha afección o fenómenos totalmente ajenos a ella.

La fórmula adoptada por la CIE-10 de conciliar, en parte, los distintos criterios, al incluir todos esos cuadros clínicos en una misma familia (F20-F29), pero reservando el nombre de esquizofrenia sólo para aquellos síndromes que, en general, satisfacen los postulados más estrechos, parece ser la más satisfactoria en estos momentos.

Las modificaciones recogidas en el GC-3 serán expuestas en los acápites correspondientes a las subcategorías que afectan.

Como ya fue adelantado, esa entidad surge por el aglutinamiento en una sola categoría de varios cuadros clínicos descritos de forma independiente e inconexa.

En sucesivos trabajos, entre 1893 y 1899, Kraepelin incluyó en un sólo trastorno la catatonía, la hebefrenia y el deterioro paranoide, con base en algunas consideraciones respecto a los síntomas, pero sobre todo a su evolución y pronóstico, lo cual está implícito en el nombre con el cual los agrupó (Demencia precoz).

Muchos de los síntomas (alucinaciones, ideas delirantes, asociaciones inconexas, trastornos de la afectividad, estereotipias, falta de interés y curiosidad por el mundo exterior), que aún hoy se consideran relevantes, fueron señalados por él y destacada su ocurrencia en ausencia de trastornos de la vigilia.

Sin negar nada de lo afirmado por Kraepelin, E. Bleuler aporta una característica esencial de dicho trastorno: la desorganización y falta de coherencia del psiquismo de esos pacientes con apoyo en la cual denomina la entidad con el nombre con el que actualmente se conoce "Esquizofrenia". Paralelamente, realiza un esfuerzo por comprender psicológicamente al paciente con esquizofrenia y por distinguir los síntomas básicos o primarios (autismo,

trastornos de la afectividad y alteraciones formales del pensamiento) de los de carácter secundario.

Aunque ambos autores señalaron la posibilidad de detención, retroceso o incluso desaparición de los síntomas, en ningún momento afirmaron que éste fuera el desenlace más frecuente.

De esa manera, queda constituido un concepto coherente: determinados síntomas llevan a un diagnóstico, que debe ser corroborado mediante la evolución posterior.

Con base en presuntas implicaciones patogénicas, el campo de la esquizofrenia se amplía con la inclusión de nuevos síndromes, que no satisfacen los criterios anteriormente expresados y comienza una etapa de lucha entre los propugnadores de criterios amplios o estrechos y los que exigían un pronóstico fatalmente deteriorante y progresivo, y aquéllos que incluían a pacientes con buen pronóstico, en una pugna por ampliar o limitar el concepto de esquizofrenia.

En ese sentido, resultan relevantes algunas consideraciones de Mansfred Bleuler.

1. No hay esquizofrenia sin psicosis, aunque no necesariamente el paciente con esquizofrenia debe estar funcionando siempre a nivel psicótico.
2. La coexistencia de procesos mentales totalmente psicóticos con otros perfectamente normales y la disociación esquizofrénica, o sea, el hecho de que el paciente vive a la vez dos mundos, el real y el de sus "fantasías autísticas", sin establecer la contradicción que esto implica.

Ciertamente, en cuadros psicóticos no esquizofrénicos, como los conocidos en la CIE-9 como parafrenia, paranoia o estados paranoides, no es raro que se observen en el paciente, junto con los comportamientos psicóticos, otros normales, pero tanto unos como otros son mantenidos en estancos separados, de manera tal que el sujeto es "coherentemente psicótico" para aquellos aspectos incluidos en sus temas delirantes (delirio de persecución, por ejemplo) y "coherentemente normal" para otros aspectos (educar a los hijos, tareas hogareñas, etc.), pero no a la vez psicótico y normal para una misma cuestión. Un paciente con esquizofrenia, en cambio, puede estar convencido de que posee poderes sobrenaturales en el momento en que le ruega al médico que le de un pase para ir a la casa y le promete que se va a tomar las medicinas y a volver al hospital en la fecha y hora indicadas.

Por otra parte, Kurt Schneider analiza la definición de la esquizofrenia con base en el cuadro clínico, y aporta los llamados síntomas de primer rango, que tanto han influido en los criterios diagnósticos actuales.

Es de suponerse, no obstante, que la comprobación o validación de dicho criterio implica la existencia de un concepto de esquizofrenia independiente de los síntomas. La comprobación

de que los pacientes con esos síntomas satisfacen el concepto de esquizofrenia le daría validez a ese criterio.

La consecuencia de tantos y disímiles conceptos, de tantas teorías (basadas, a veces, en simples especulaciones), de la multitud de enfoques y de la necesidad de lograr una comunicación clara, objetiva y homogénea, ha llevado a fórmulas que satisfacen ese requisito a expensas de importantes sacrificios, como son:

- a) El concepto de esquizofrenia virtualmente ha desaparecido, o más bien ha sido sustituido por un sistema tautológico, donde tener determinados síntomas significa padecer de esquizofrenia y esto último implica, únicamente, tener esos síntomas, lo que crea un sistema cerrado, sin posibilidades de retroalimentación ni de evolución.

En última instancia, la esquizofrenia se ha limitado a aquellos aspectos objetivos y bien conocidos del trastorno, que desgraciadamente no son ni la mayoría de ellos ni los más esenciales.

- b) Se ha restado demasiado valor a la ausencia de juicio crítico de la realidad, que en el paciente con esquizofrenia tiene características muy especiales.

En una demencia o RM profundo, el juicio crítico de la realidad se afecta porque la inteligencia del sujeto no alcanza a comprenderla, es como si la realidad no existiera.

El paciente con esquizofrenia es capaz de entender la realidad; puede, en ocasiones, razonar con el terapeuta y admitir, incluso, la falta de lógica (y hasta la imposibilidad) de sus ideas, sin que esto las cambie en absoluto.

Al igual que determinadas situaciones en los sueños, el delirio del paciente está dado *a priori*, más allá de cualquier razonamiento. No es la ausencia de juicio crítico, sino la incapacidad para hacer uso de él lo que lo caracteriza.

- c) Se ha desdeñado lo que se sabe de la esquizofrenia. Es cierto que es poco y que mayormente son verdades parciales o datos empíricos, pero en esquizofrenia limitarse a decir lo que de manera completa, incuestionable y objetiva, se conoce, es decir nada o casi nada.

Por otra parte, la experiencia acumulada y los aportes de distintas personalidades como las ya citadas nos permiten hacer afirmaciones que, en términos probabilísticos, resultan válidas y que si bien, en sentido estricto, no constituyen una definición o concepto de dicho trastorno, al menos ofrecen un acercamiento en ese sentido y facilitan el proceso diagnóstico.

Con un margen de error razonable, se puede afirmar que:

1. Un trastorno mental, que en ningún momento, ha tenido un comportamiento psicótico es muy poco probable que sea una esquizofrenia.
2. Un paciente con un trastorno mental que tiene (o ha tenido) un nivel psicótico de funcionamiento, en el que se aprecian las manifestaciones cardinales descritas por Kraepelin y Bleuler, es casi seguro que padece de esquizofrenia.
3. Un trastorno, caracterizado por la presencia (simultánea) de procesos y comportamientos psicóticos y normales, es posiblemente una esquizofrenia..
4. La desorganización de la personalidad en el sentido de falta de congruencia entre las funciones afectivas, conativas y cognoscitivas en un proceso psicótico, es habitualmente indicadora de su naturaleza esquizofrénica.
5. La presencia de síntomas de primer rango (K.Schneider) no es imprescindible para el diagnóstico de esquizofrenia, pero su aparición en un cuadro psicótico hace poco probable que el diagnóstico sea otro.
6. La incapacidad para modificar las manifestaciones psicóticas, no obstante poder razonar lo absurdo de dichas manifestaciones, habla a favor de una esquizofrenia.
7. Las ideas delirantes groseramente estrafalarias pocas veces se ven en otros tipos de psicosis no orgánicas.
8. Una psicosis crónica (por brotes o continua), acompañada de síntomas negativos, que se acentúan con la evolución del proceso es, por regla general, una esquizofrenia.
9. Un trastorno psicótico, que a lo largo de su evolución no se acompañe en ningún momento de ideas delirantes ni alucinaciones, casi nunca será una esquizofrenia.
10. La esquizofrenia es, en la mayoría de los casos, un trastorno de larga evolución.
11. Un trastorno esquizofrénico puede evolucionar hacia la desaparición total de los síntomas positivos sin que aparezca deterioro (síntomas negativos) de la personalidad, y otro de naturaleza diferente (afectiva, trastorno de ideas delirantes persistentes, etc.) evolucionar en forma opuesta, pero ambas cosas son poco frecuentes.
12. Las manifestaciones esquizofrénicas no son "manchas negras" sobre un fondo blanco. El psiquismo total del paciente suele estar afectado de manera tal, que los síntomas "clave" para el diagnóstico transcurren sobre un fondo de rarezas, extravagancias y manifestaciones menores, que aunque insuficientes por sí solas para formular ese diagnóstico, completan la *gestalt* esquizofrénica, que sin ellas sería como una nota musical sin sonidos armónicos.

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".

13. Habitualmente, esos trastornos evolucionan sin afectaciones de importancia en el nivel de vigilia, memoria e inteligencia, aunque ciertos déficits cognoscitivos pueden aparecer tardíamente.
14. Ciertas afecciones psiquiátricas, como por ejemplo, las depresiones y las psicosis orgánicas y sintomáticas (especialmente aquéllas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas), pueden dar cuadros muy parecidas (a veces indistinguibles) de las esquizofrenias, por lo que siempre deben ser pesquisadas antes de hacer un diagnóstico de esquizofrenia.

Características distintivas

Los trastornos esquizofrénicos se expresan por una florida y global toma de la personalidad, que afecta múltiples funciones mentales, con las siguientes características:

Presencia de ideas delirantes y alucinaciones, alteraciones groseras de la afectividad, el comportamiento, la comunicación, las asociaciones de ideas, las motivaciones y la volición, que interfieren con el desenvolvimiento personal, social, educacional y laboral del paciente.

Suelen comenzar entre los 18 y 30 ó 35 años (muchas veces después de un período prodrómico de cambios en la personalidad, ambiguos y poco comprensibles psicológicamente), pero pueden hacerlo antes o después.

Las ideas delirantes pueden ser de cualquier tipo (pero predominan las de persecución, daño o perjuicio), están mal sistematizadas, y frecuentemente, tienen un carácter particularmente absurdo o estafalario. Cuando esto último sucede o cuando el paciente tiene ideas delirantes de ser gobernado o influido por fuerzas externas (ideas de pasividad del yo), el diagnóstico de esquizofrenia es notoriamente probable, sobre todo si se asocian a pseudoalucinaciones (voces oídas dentro de la cabeza) y despersonalización (síndrome de automatismo psíquico). En ese sentido, las ideas de que sus pensamientos pueden ser conocidos, insertados o robados por terceras personas tienen también gran importancia.

Los objetos y situaciones de la vida cotidiana pueden tener un significado especial (generalmente siniestro y amenazante), ante lo cual el paciente suele reaccionar con asombro o perplejidad (vivencia o percepción delirante primaria).

Habitualmente, el mundo interno del paciente coexiste con la realidad externa, sin que establezca las contradicciones entre ambos, aun cuando pueda razonarla. El paciente puede negar estar enfermo y afirmar que la enfermera lo está envenenando, no obstante lo cual se toma, e incluso reclama, los medicamentos que ella misma le da.

Además de las ideas delirantes, pueden apreciarse otras alteraciones típicas del pensamiento, el lenguaje y la comunicación. Las más específicamente ligadas a la esquizofrenia son las asociaciones inconexas (que se expresan por un hablar vago y elíptico, que puede llegar a la disgregación o incoherencia del pensamiento). También se han señalado asociaciones por el predicado, metonimias, interpenetración, sobreinclusión, etc.

La "invención" de palabras para su uso exclusivo, a veces como expresión de un concepto también particular (neologismo) es otra característica, que junto con las anteriormente señaladas y una pobreza general del pensamiento, hace que el paciente utilice un lenguaje de muy pobre poder de comunicación.

Las alucinaciones más frecuentes son las auditivas, de carácter autorreferencial (por lo general, ofensivas y amenazantes), y al igual que las ideas delirantes, ocurren con plena claridad de la vigilia. Aquéllas, consistentes en voces que comentan los pensamientos o actividades del paciente, las que proceden de su propio cuerpo y las que consisten en voces que conversan entre sí, tienen un notable significado diagnóstico.

En cualquier momento de la evolución de su trastorno, pero sobre todo en los períodos prodrómicos y en aquéllos que anteceden a una eclosión psicótica inminente, el sujeto puede subjetivamente percibirse a sí mismo y el entorno de manera rara o irreal, en ausencia de un trastorno perceptivo objetivo (despersonalización y desrealización).

La afectividad puede presentar múltiples alteraciones, pero las más características lo son el embotamiento, la ambivalencia y el afecto discordante. Un afecto caprichoso, lábil, pueril, superficial, manierístico y poco genuino, es característico de algunas de las formas de esquizofrenia (hebefrenia).

A veces, un estado anímico *sui generis*, habitualmente identificado por el paciente como algo cualitativamente distinto a la disforia y la ansiedad comunes y de carácter francamente egodistónico, puede aparecer como presagio de un brote delirante inminente (humor predelirante).

La conación ofrece las más diversas manifestaciones. Los movimientos pierden su armonía y gracia naturales, y pueden disminuir hasta llegar al estupor; o por el contrario, producirse agitaciones violentas e incoherentes (agitación catatónica), complicarse de manera sofisticada (manerismos) o hacerse monótonamente repetitivos y faltos de propósitos (esteriotipias).

Los cuadros de estupor catatónico pueden acompañarse de un tono especial de la musculatura (flexibilidad cética), que permite moldear las posiciones del paciente y llevarlo a posturas (en condiciones normales muy incómodas y difíciles de mantener) caprichosas, que conservan por largo tiempo (signo de la almohada aérea, por ejemplo). Puede aparecer negativismo, más raramente obediencia automática, la conducta puede tener ciertas características "caprichosas" como no responder a preguntas y órdenes formuladas

oralmente en la manera habitual, pero hacerlo si se le susurra al oído, se le habla en otro idioma, o se le presenta por escrito la pregunta o instrucción.

Puede abandonar durante la noche su postura rígida y hurtar el alimento que se negó a ingerir cuando le fue ofrecido con anterioridad.

Con la administración de bajas dosis de barbitúricos por vía endovenosa (por ejemplo, durante un narcoanálisis), los síntomas catatónicos suelen desaparecer de inmediato, para volver a instalarse una vez que cesa la influencia del medicamento, lo que no sucede en estupores de otra índole.

El paciente puede también pasar abrupta e inesperadamente de la inmovilidad completa a la agitación violenta.

La conducta general del individuo puede vulnerar las más elementales formas de convivencia. El paciente puede andar sucio y mal vestido, atesorar toda clase de objetos inservibles, cometer negligencias o mostrar abandono en las tareas más elementales, hacer abuso de sustancias psicoactivas, exhibir formas de sexualidad inadecuadas (como masturbarse en público, intentar relaciones incestuosas, etc.) o tener actividades homosexuales, que no práctica fuera de los brotes psicóticos.

Su casa puede estar llena de mugre, la higiene de sus ropas, alimentos y de su propio cuerpo (así como la de los menores a su tutela) abandonada, e incluso oponer resistencia, a veces violenta, a quienes tratan de llevar las cosas al orden.

Esas formas de comportamiento pueden ser transitorias durante brotes agudos con alucinaciones o ideas delirantes, o constituirse en una manera estable de vivir (que, a veces, es el rasgo morboso fundamental), tras largos períodos de enfermedad en que las demás manifestaciones han ido atenuándose o borrándose (esquizofrenia crónica indiferenciada).

Con el transcurso del tiempo, por lo general, hacen su aparición los síntomas negativos (algunos de ellos podrían estar presentes desde etapas precoces, incluso prodrómicas, opacados por el protagonismo que ejercen los síntomas positivos cuando están presentes).

Un defecto de la personalidad caracterizado por apatía, embotamiento afectivo, falta de interés y curiosidad por el entorno, limitación de intereses, aislamiento social, retraimiento y pobreza del pensamiento y del lenguaje, puede quedar como último estigma de la enfermedad cuando ya el resto de las manifestaciones anormales se han extinguido casi o totalmente y ser compatibles con cierto grado de vida autónoma en un medio relativamente protegido (esquizofrenia residual), o haber estado presente desde el principio, tener un carácter intenso e incapacitante y ser la manifestación fundamental (cuando no la única) del proceso morboso, como en la muy discutible esquizofrenia simple.

Resulta característica la disociación entre los trastornos del pensamiento, la afectividad y la conación, que no se mueven coherentemente como ocurre en los procesos psíquicos

normales y en otras afecciones psíquicas. Ese fenómeno, de inestimable valor diagnóstico, puede no estar presente en las etapas iniciales y durante los brotes de agudización que presentan los pacientes con esquizofrenia crónica.

La evolución es habitualmente crónica durante años, de manera continua o escalonada, y aunque una remisión sustancial o total, con desaparición de los síntomas positivos y manifestaciones residuales mínimas o ausentes puede ocurrir en cualquier momento, lo más común es un desenlace desfavorable con un funcionamiento de nivel psicótico o residual, de cierto grado de consideración.

La edad y forma de comienzo, la calidad del entorno (especialmente un medio familiar apropiado), la forma clínica y una terapéutica oportuna, son factores que intervienen de manera significativa en el pronóstico.

Las distintas formas clínicas tienen constelaciones que le son típicas, y que, junto con otros factores, permiten su identificación (ver pautas de cada una de ellas). No obstante, ningún síntoma tiene especificidad absoluta, y en mayor o menor grado, cierto solapamiento sintomático suele existir.

En muchos pacientes con esquizofrenia crónica puede observarse una tolerancia o indiferencia al dolor, poco común. Un paciente puede infligirse cruentas mutilaciones o soportar un síndrome abdominal agudo o un infarto miocárdico sin signos ostensibles de sufrimiento físico, lo que debe ser tenido en cuenta por los médicos que tratan afecciones somáticas en esos pacientes.

Por otra parte, la aparición de una enfermedad somática grave, en muchas ocasiones se acompaña de un alivio o cese temporal de las manifestaciones psicóticas, aun cuando su terapéutica implique la supresión abrupta de la medicación antipsicótica.

La esquizofrenia afecta no solamente el psiquismo del paciente, sino sus posibilidades personales y sociales.

En la gran mayoría de los pacientes, el desarrollo futuro (terminación de estudios, ascensos laborales, constitución de un hogar) queda definitivamente tronchado y no es raro que se produzca un deterioro marcado en su nivel de realización social alcanzado.

La posibilidad de encontrar (mantener o ser feliz con) una pareja, y la expectativa de vida del paciente con esquizofrenia son menores que las del ciudadano común, y la tasa de suicidios es mucho más elevada que en la población general.

Como ya se dijo, la esquizofrenia no es un trastorno "en parche", sino que afecta difusamente la actividad mental. Aún cuando el diagnóstico se establezca con base en un reducido grupo de indicadores con expresión suficientemente intensa como para satisfacer los criterios diagnósticos, éstos, como regla general, no estarán enmarcados en un fondo de procesos normales, sino dentro de un contexto de cambios cuanti-cualitativos más o menos

evidentes o solapados, que hacen del paciente con esquizofrenia un individuo *sui generis* (contexto esquizofrénico) y que puede ser claramente identificable aun en etapas prodrómicas o muy difícil de evidenciar en sujetos con buen ajuste premórbido y corta evolución.

Por último, ha de tenerse siempre en mente que ningún síntoma (o constelación de síntomas) es patognomónico de la esquizofrenia y que otras posibilidades diagnósticas deben ser investigadas antes de hacer un diagnóstico definitivo.

Pautas para el diagnóstico

Nota: Para el diagnóstico tanto de esquizofrenia, como de cada uno de sus subtipos, el clínico deberá tener en cuenta los comentarios antes expresados en esta introducción.

Tanto en la CIE-10 como en el DSM-IV, el diagnóstico de esquizofrenia se basa en un corte transversal de los síntomas actuales del paciente. Los inconvenientes de tales procedimientos han sido ya analizados en los capítulos iniciales de este manual y en la introducción a esta categoría.

Aun cuando muchos psiquiatras cubanos no se sientan satisfechos con este esquema, hubo consenso en cuanto al hecho de que satisface la necesidad de una comunicación clara y respecto a que modificarlo traería en la práctica más desventajas que logros.

Con apoyo en estas razones, se decidió aceptar los criterios de la CIE-10, sin hacer caso omiso a otros factores no procesados en las pautas, como los antecedentes, el contexto en que ocurren los síntomas (ver contexto esquizofrénico), etc., que junto con los indicadores diagnósticos permiten un diagnóstico integral por el todo y la relación dialéctica con sus partes (ver uso del manual).

a) Criterios sintomáticos^{***}

El mayor peso diagnóstico lo tienen los síntomas de primer rango (K. Schneider) como ideas de influencia o pasividad del yo, la difusión, inserción, robo o sonorización (voceo) del pensamiento, así como cualquier idea delirante de carácter inverosímil y ajena a la cosmovisión de los grupos humanos con que el sujeto se vincula). Tienen igual valor diagnóstico las voces alucinatorias que hablan entre sí o lo hacen acerca del paciente y aquellos que proceden de su cuerpo.

En un segundo grupo se ubican los síndromes alucinodelirantes (distintos a los del primer grupo), si son mal sistematizado y puede excluirse una alteración afectiva u orgánica

^{**} 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” (pág. 13)

primaria que los origine, así como las ideas sobrevaloradas cuando se presentan de forma constante por más de un mes.

También se incluirán aquí, los neologismos, los trastornos del curso de pensamiento (divagación, disgregación e incoherencia), los estados catatónicos, así como la disociación ideo-afectivo-conativa y los síntomas negativos.

Para el diagnóstico de esquizofrenia se exige la presencia de uno de los síntomas del primer grupo (o dos si no son muy evidentes), o de dos del segundo.

b) Tiempo de duración**

Los síntomas psicóticos durarán al menos un mes (no se toman en consideración los pródromos).

NOTA: no será necesario esperar ese lapso cuando existe una clara evidencia de que el paciente ha satisfecho los criterios de esquizofrenia con anterioridad.

c) Criterios de exclusión

Otras posibles causas deben ser racionalmente excluidas (ver diagnóstico diferencial)

El tiempo de duración de 30 días no es una norma estricta, y si el estudio integral al paciente así lo sugiere (especialmente si ha habido un tratamiento enérgico y precoz), se pueden aceptar duraciones algo menores. De no ser así, o si la duración es francamente inferior a 30 días (aunque el paciente hayan recibido tratamiento), el diagnóstico será el de trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (F 23.2)

Los conceptos sobre salud y enfermedad y la cosmovisión general de los individuos están, en gran medida, condicionados por sus raíces y entorno culturales, por lo que manifestaciones que serían francamente delirantes en una cultura pueden tener una connotación muy diferente en otras. Por lo tanto, antes de formular el diagnóstico de psicosis, dichos factores, así como la situación personal en que está inmerso el paciente (un hecho irrelevante en un determinado contexto puede ser muy amenazante o moralmente degradante en otro) deben ser cuidadosamente evaluados, sobre todo cuando el paciente y el clínico pertenecen a culturas o medios sociales diferentes, y más aún, si sus lenguas maternas son distintas, especialmente si la comunicación se establece a través de un traductor.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Esos criterios satisfacen, en esencia, las pautas de la versión para investigaciones de la CIE-10, aunque en dicho manual se detallan más los acápites y se exige, para el diagnóstico de esquizofrenia en pacientes que presentan, además, síntomas que satisfacen los criterios

de un episodio afectivo, que las manifestaciones de la primera hayan estado ya presentes cuando se instaló el cuadro afectivo.

En el DSM-IV, se exige la presencia de dos de las manifestaciones alucinatorio-delirantes, catatónicas, del curso del pensamiento, afectivas o de déficit descritas en el GC3, o de una sola, si las ideas delirantes son estafalarias o las alucinaciones consisten en voces que comentan el comportamiento o pensamientos del paciente o conversan entre sí.

En dicho manual, se admite una duración de los síntomas agudos menor de un mes, si son tratados efectivamente, pero se exige un lapso sintomático no menor de seis meses, que incluye tanto los pródromos y la fase de síntomas productivos, como un período ulterior a ésta última de síntomas negativos o positivos atenuados.

De manera explícita, se señala que, para poder hacer el diagnóstico de esquizofrenia, es necesario que como consecuencia de sus manifestaciones se produzca una importante disfunción socio-laboral, en el sentido de merma, en el desempeño premórbido alcanzado por el paciente, o un fallo en adquirir el nivel de competencia esperable si ocurre durante la infancia.

Los criterios de exclusión en el DSM-IV son, en esencia, muy similares a los de este manual y la CIE-10, aunque se añade la necesidad de que las ideas delirantes o alucinaciones sean prominentes, para hacer el diagnóstico de esta entidad en pacientes con antecedentes de haber padecido un Trastorno Generalizado del Desarrollo.

Para admitir la existencia independiente de un trastorno afectivo concurrente con uno esquizofrénico, se exige en el DSM-IV, que el período durante el cual son evidentes los síntomas afectivos, sea más breve que aquél dominado por los de tipo esquizofrénico.

Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico de esquizofrenia supone descartar el resto de los trastornos incluidos en esta sección (F20 – F29) (Consultar sus requerimientos diagnósticos)

La presencia de una lesión cerebral como causa del síndrome debe ser excluida (la epilepsia límbica puede, a veces, ser difícil de rechazar. En ausencia de un diagnóstico claro de esquizofrenia precedente, esta afección no debe diagnosticarse durante una intoxicación (o abstinencia) a drogas, o durante la ocurrencia de intensos síntomas afectivos.

Los trastornos del estado de ánimo (F3) y los del desarrollo psicomotor (F8), sobre todo en edades tempranas, pueden también crear dificultades diagnósticas.

Formas de evolución

Al confeccionar el GC-3, ha sido considerado el hecho de que el uso de las frases calificativas para registrar las formas evolutivas de la esquizofrenia, necesitaban mayor precisión y homogeneidad.

Dicho de otro modo, resulta necesario definir claramente los términos y poder registrar la presencia del defecto esquizofrénico o no en todos los pacientes, por lo que se acordó adoptar el sistema de quintos dígitos y las definiciones conceptuales que a continuación se exponen:

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).

Puede aclararse en el enunciado si la remisión es total o parcial, y si el defecto es estable o progresivo, por ejemplo:

F20.04 Esquizofrenia paranoide, episódica en remisión parcial con defecto progresivo.

Cuando se haga el diagnóstico del brote inicial en la enfermedad, esto se hará constar en el enunciado después del subtipo. Ej. F20.09 Esquizofrenia paranoide (primer brote) observación menor de 1 año.

Defecto esquizofrénico

Operativamente, llamaremos así a la aparición de síntomas "negativos" (embotamiento afectivo, aislamiento apatoabulia, falta de interés y curiosidad, abandono de hábitos personales e intereses, etc.).

Esos síntomas se considerarán como defectuales cuando, a juicio del clínico, no sean la consecuencia directa de síntomas productivos, de la medicación, de condiciones aberrantes del entorno o de otra afección (depresión, por ejemplo), sino una secuela estable o progresiva del proceso esquizofrénico.

Deben, por tanto, investigarse esas posibles noxas antes de hacer el diagnóstico de un defecto esquizofrénico o evaluar su magnitud. Así mismo, será tomada en cuenta la

personalidad premórbida del paciente, pues el síntoma negativo sólo tiene valor como indicativo de defecto cuando constituye un menoscabo significativo a partir de un nivel premórbido de funcionamiento. Cambios negativos, no relevantes en la personalidad del sujeto, no justifican ese diagnóstico, ni tampoco aquéllos que se juzguen dependientes de la experiencia de haber vivido una enfermedad mental importante y cumplan los indicadores de F62.1 Trastorno persistente de la personalidad tras haber sufrido enfermedad psiquiátrica.

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.

Dado lo difícil que resulta evaluar justamente la existencia y magnitud de un síndrome defectual durante la fase aguda o brote de agudización de la esquizofrenia, ya que puede estar oculto, ser remedado o inducido por los síntomas positivos, la medicación intensa y el ambiente restrictivo y poco estimulante, se recomienda ser cautelosos al hacer alusión al defecto durante dicha fase.

Remisión completa

Se considerará al paciente en tal estado evolutivo cuando se haya producido la desaparición del funcionamiento psicótico (ver definición de psicosis): ideas delirantes, alucinaciones y graves trastornos conductuales, y sólo presente síntomas negativos que no satisfacen los criterios de esquizofrenia ni de psicosis. Por lo general, el paciente tiene crítica de la naturaleza morbosa de la experiencia esquizofrénica vivida y sufrida.

Remisión incompleta

Persisten algunas ideas deliroides, alucinaciones 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

Es la más frecuente forma de esquizofrenia, y en la mayoría de los pacientes, implica un pronóstico menos sombrío, con mejor conservación de la afectividad y la personalidad, aunque en ocasiones (especialmente en las formas de evolución continua) puede producirse un deterioro rápido y devastador.

Pautas para el diagnóstico

- a) Se cumplen los criterios diagnósticos generales de esquizofrenia (F20)
 - b) Los síntomas alucinatorio-delirantes dominan plenamente el cuadro clínico.
- Estos criterios son compatibles con los CDI de la CIE-10 y los del DSM-IV

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico de esquizofrenia paranoide implica investigar otras afecciones como las psicosis orgánicas y las inducidas por sustancias psicoactivas. También deben ser pesquisadas otras formas de esquizofrenia, los Trastornos de ideas delirantes prolongados y los Trastornos psicóticos agudos y transitorios, así como las descompensaciones de nivel psicótico, que pueden ocurrir en ciertos trastornos de la personalidad (tipos paranoide, esquizoide, narcisista, etc.), y en los trastornos esquizotípicos.

Incluye: Esquizofrenia parafrénica

Excluye: Estado paranoide involutivo (F22.8), Psicosis orgánicas y epilépticas (F0X), Trastorno psicótico asociado al consumo de sustancias psicoactivas (F1X.5), Paranoia (F22.0).

F20.1 Esquizofrenia Hebefrénica

Es una forma de esquizofrenia caracterizada por:

- a) Aparición precoz (durante la adolescencia o inicio de la adultez)
- b) Cambios afectivos intensos (aplanamiento e incongruencia)
- c) Comportamiento pueril e impredecible
- d) Notable incoherencia tanto del pensamiento como del comportamiento en general.
- e) Marcada reducción de las capacidades empáticas y de las relaciones humanas, con gran aislamiento.
- f) Manerismos, risa inmotivada y comportamientos iterativos sin propósito aparente.
- g) Evolución continua con deterioro grave y precoz
- h) Otras manifestaciones, como fugaces cuadros alucinatorio-delirantes o catatónicos, pueden aparecer, pero no dominan el cuadro clínico.

Pautas para el diagnóstico

1. Se cumplen los requerimientos generales de esquizofrenia
2. Presencia de síntomas correspondientes a, por lo menos, cinco de los incisos antes expuestos (deben estar presentes los criterios b, c y d)
3. Las alucinaciones, las ideas delirantes y los síntomas catatónicos no dominan el cuadro clínico.

Esas pautas satisfacen los requerimientos del DSM-IV y de los CDI de la CIE-10. En el primero esta entidad es denominada Esquizofrenia Tipo Desorganizado.

Incluye: Esquizofrenia desorganizada
Hebefrenia.

F20.2 Esquizofrenia catatónica

Se ubicarán aquí aquellas esquizofrenias, en las que los trastornos psicomotores (agitación o estupor) dominan el cuadro clínico (ver descripción de los síndromes catatónicos en la introducción a F20 en este manual). Actualmente, esta forma de esquizofrenia es pocas veces diagnosticada en los países desarrollados (igual sucede en Cuba)

Pautas para el diagnóstico

- a) Se cumplen las pautas generales de F20
- b) Aparente desconexión con el entorno. Tanto en la forma estuporosa como en la catatónica, el comportamiento del paciente parece no estar relacionado con factores ambientales
- c) Las manifestaciones psicomotoras dominan claramente el cuadro clínico

Estupor Catatónico.

- d) Marcada disminución o ausencia de movimientos espontáneos acompañada de, al menos, dos de las siguientes manifestaciones:
 - Alteraciones del tono muscular (flexibilidad cérea)
 - Posturas caprichosas e incómodas
 - Negativismo u obediencia automática
 - Ecolalia, ecopralia, estereotipias o muecas.

La presencia de comportamientos “caprichosos” (ver manifestaciones catatónicas en la introducción a F20), globo vesical con orina por rebosamiento, o retención de saliva con sialorrea, y la respuesta a la exploración bajo los efectos barbitúricos, refuerzan el diagnóstico.

Agitación catatónica

- e) Estado de agitación intenso con incoherencia verbal y motora.

Nota: Los tres requisitos (a, b y c) deben ser satisfechos.

Incluye: Estupor catatónico

- SAI

- Esquizofrénico

Catalepsia esquizofrénica

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Esas pautas satisfacen los requerimientos de la CIE-10 para investigaciones y del DSM-IV. Los CDI exigen explícitamente una duración de dos o más semanas de algunos de los síntomas.

Nota: Se recomienda aclarar en el enunciado si se trata de un cuadro estuporoso o de agitación.

F20.3 Esquizofrenia Indiferenciada (aguda)

Se compilarán aquí aquellos síndromes (de nivel psicótico), que satisfacen los requerimientos generales para el diagnóstico de esquizofrenia F20, pero no los de ninguno de los otros subtipos de esta entidad contenidos en este manual. Los síntomas de carácter productivo deben dominar claramente el cuadro clínico. Cuando el síndrome se presenta tras una larga enfermedad, que satisfizo en el pasado los criterios de alguna forma específica de esquizofrenia, y los síntomas defectuales sean los que predominen, el diagnóstico será el de F20.36 Esquizofrenia crónica indiferenciada.

Pautas para el diagnóstico

- a) Se satisfacen los criterios diagnósticos generales de esquizofrenia (F20)
- b) No se satisfacen los criterios diagnósticos de ninguna otra variedad de esquizofrenia
- c) El paciente tiene un nivel psicótico de funcionamiento (ver definición de psicosis en Definición de Términos y Precisión de Categorías)
- d) Los síntomas productivos dominan claramente el cuadro clínico.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

En la CIE-10 se admite este diagnóstico cuando se cumple el criterio b) del GC3, o cuando ocurre lo contrario (se cumplen los requisitos diagnósticos de más de un tipo de esquizofrenia). En el DSM-IV no se exige explícitamente que se cumplan los requisitos generales de F20, sino que se presenten síntomas típicos de esa entidad, que no satisfagan los criterios diagnósticos de ningún subtipo específico.

F20.36 Esquizofrenia Crónica Indiferenciada

Pacientes en los que, después de una evolución prolongada de la enfermedad, persiste una mezcla de síntomas defectuales y productivos de nivel psicótico, en forma tal que no pueden ser catalogados dentro de ninguna de las subcategorías previamente descritas. Diríase que han perdido las características definidas que permiten agrupar los conjuntos de síntomas "necesarios", para construir los cuadros clínicos más diferenciados de la esquizofrenia. En esa fase, además puede producirse una mezcla irregular de dichos síntomas.

Entre los síntomas de esa etapa crónica, se encuentra el aislamiento social, que con frecuencia aparece unido a un marcado apego impersonal a la institución en los pacientes internados. Conducta inadecuada y rara, que se manifiesta a veces por una constante recolección de colillas y otros desperdicios, lo que contrasta con cierta capacidad para mantener una disciplina un tanto maquinal, que les permite realizar tareas laborales útiles, aunque usualmente simples. El aplanamiento afectivo es muy marcado.

Las posibilidades de comunicación están muy limitadas; el pensamiento es vago, impreciso e insulso, aunque ocasionalmente intercalan en su discurso manifestaciones delirantes preferentemente relacionadas con la existencia de fuerzas externas de diversa índole, que interfieren con sus actividades.

Aun en ausencia de ideas delirantes, alucinaciones y manifestaciones intensas de estupor o agitación del paciente, lo absurdo e irresponsable de la conducta y la vulneración grosera de las más elementales normas de convivencia, son suficientes para catalogar el funcionamiento psicológico como de nivel psicótico. Ver definición de psicosis (Pág. 13).

Pautas para el diagnóstico

- a) Se cumplen los criterios diagnósticos generales de esquizofrenia (F20)
- b) No se cumplen los criterios diagnósticos de ningún otro tipo de esquizofrenia
- c) El cuadro clínico se presenta tras una larga evolución de una enfermedad esquizofrénica.
- d) Los síntomas negativos dominan el cuadro clínico.
- e) El funcionamiento general del paciente es de nivel psicótico.

Incluye: esquizofrenia atípica (crónica)

F20.4 Depresión Post-esquizofrénica

Deben rubricarse aquí los síndromes que presentan las siguientes características.

- a) El paciente ha presentado, en el último año, un trastorno que satisfizo los criterios generales de esquizofrenia.
- b) Los síntomas esquizofrénicos aún persisten, pero por su baja cantidad e intensidad no satisfacen ya los criterios de F20
- c) Presencia de un cuadro depresivo que satisface los criterios diagnósticos de un episodio depresivo de cualquier intensidad
- d) Otras posibles causas han sido razonablemente excluidas.

La validez de este diagnóstico es dudosa y su patogenia incierta por lo que no goza de aceptación universal.

Hubo consenso entre nuestros psiquiatras respecto a no considerar la depresión post-esquizofrénica como una forma clínica independiente.

No obstante, debido a lo útil que resulta recoger esos cuadros y a la conveniencia de mantener en una misma categoría todos los trastornos relacionados con la esquizofrenia, se acordó registrar la depresión post-esquizofrénica, como un segundo diagnóstico, y reservar el primero para la forma clínica presentada habitualmente (o en el último brote) por el paciente, con la frase calificativa de "en remisión", por ejemplo,:

1. Esquizofrenia paranoide episódica en remisión sin defecto (F20.05).

2. Depresión post-esquizofrénica (F20.4).

Pautas para el diagnóstico

Deben satisfacerse todos los requerimientos señalados en la introducción a esta categoría.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

La versión de investigaciones de la CIE-10 añade la necesidad de que uno de los criterios de más peso para el diagnóstico general de esquizofrenia esté aún presente.

El DSM-IV no incluye la depresión post-esquizofrénica. Para estudios sobre su futura inclusión exige que se satisfagan los criterios de un episodio depresivo (debe incluir el criterio 1, Hipotimia y no aquellos síntomas dependientes de la medicación o de carácter residual). El episodio debe ocurrir solamente durante la fase residual de la enfermedad (período intercrítico), y otras posibles causas de los síntomas deben haber sido excluidos.

F20.5 Esquizofrenia Residual

Se incluyen en esa subcategoría los cuadros esquizofrénicos en que, después de uno o varios brotes de cualquier tipo, han desaparecido o están muy atenuados los síntomas llamados productivos, y sólo quedan en el paciente algunos síntomas defectuales tales como pensamiento rígido, disminución de la capacidad de abstracción, poca iniciativa, empobrecimiento de la afectividad y tendencia al aislamiento. Dichos síntomas pueden mostrar variaciones en su intensidad, pero sin llegar a un nivel psicótico, ya que, si así fuera, el diagnóstico sería el de esquizofrenia crónica indiferenciada (F20.36) o una forma atenuada y crónica de otro tipo de esquizofrenia.

El paciente puede ser capaz de integrarse a la sociedad, aunque generalmente a un nivel de funcionamiento inferior al que tenía antes de la etapa aguda de la enfermedad.

Incluye: Restzustand (esquizofrénico).

Estado esquizofrénico residual.

Excluye: Esquizofrenia crónica indiferenciada (F20.36) latente (F23.2).

Pautas para el diagnóstico

- a) Ha existido en el pasado un diagnóstico confiable de esquizofrenia
- b) Los síntomas positivos han desaparecido total o casi totalmente
- c) El cuadro clínico está dominado por síntomas negativos, que se han ido instalando progresivamente y han durado, al menos, 12 meses.
- d) En ningún momento, durante 1 año por lo menos, han sido satisfechos los criterios diagnósticos de una esquizofrenia paranoide, hebefrénica, catatónica o indiferenciada.
- e) El paciente funciona a un nivel no psicótico.

Nota: Se recomienda reevaluar periódicamente este diagnóstico si el estado residual lleva menos de 2 años instalado, se alcanzó tras un periodo breve de enfermedad esquizofrénica y el paciente no ha dejado de recibir medicación neuroléptica.

Nota: Resulta difícil precisar cuál es el mejor momento para cambiar el diagnóstico de esquizofrenia con defecto estable por el de esquizofrenia residual, en un paciente, que tras haber presentado en una o más ocasiones un cuadro psicótico que satisfizo las pautas generales de esquizofrenia, ha entrado en una fase prolongada, con predominio de manifestaciones negativas (de nivel no psicótico) sin síntomas "productivos" evidentes.

El manual de la CIE-10 de uso clínico califica esa forma evolutiva como un estadio "crónico" de la enfermedad, pero a falta de una definición de cronicidad, el término resulta ambiguo.

En las pautas diagnósticas se exige que el estado residual lleve, al menos, 1 año de instalado para hacer el diagnóstico.

La experiencia cubana es coincidente con el primer criterio, debido a que, por lo general, el estadio residual no se alcanza sino tras varios brotes y varios años de fase activa, pero el lapso de sólo un año sin síntomas positivos, especialmente en pacientes con terapéutica antipsicótica, fue considerado una base poco sólida para el diagnóstico.

Aun cuando se mantienen los criterios diagnósticos de la CIE-10 para la esquizofrenia residual, en el Glosario Cubano se recomienda hacer con cautela y reevaluar con frecuencia ese diagnóstico cuando (el período residual de solo 1 año de duración) se haya instalado tras sólo uno o dos brotes psicóticos y con un tiempo total de enfermedad relativamente corto, sobre todo si el paciente ha estado recibiendo constantemente medicación neuroléptica.

Esos criterios son compatibles con los indicadores diagnósticos de la CIE-10 para investigaciones (CDI) y los del DSM-IV. La exigencia del nivel no psicótico de funcionamiento no está explícitamente contenida en dichos manuales.

F20.6 Esquizofrenia Simple

Se trata de un trastorno no universalmente aceptado y de ubicación dudosa, caracterizado por la aparición desde edades tempranas y con una evolución continua e insidiosa de síntomas negativos como aplanamiento afectivo, falta de curiosidad o interés, abulia, aislamiento social, etc., que llegan a ser lo suficientemente graves como para impedirle al paciente llenar las demandas habituales de la vida, sin que se hayan presentado nunca alucinaciones ni ideas delirantes.

Pautas para el diagnóstico

- a) Establecimiento de manera insidiosa y progresiva de un cuadro apatoabúlico y de embotamiento afectivo, así como de retraimiento social y pérdida de la iniciativa y el interés.
- b) Significativo detrimento del funcionamiento del paciente en las esferas personal, social y laboral.
- c) No existen antecedentes de ningún tipo de esquizofrenia u otro trastorno psicótico.
- d) El cuadro no es mejor explicado por ningún otro trastorno codificable en sí mismo.

Estas pautas satisfacen, en lo esencial, los criterios para investigación de la CIE-10.

El DSM-IV no incluye ese subtipo de esquizofrenia. Para investigaciones futuras, exige indicadores similares a los anteriormente expuestos.

F20.8 Otras esquizofrenias

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 aquéllos 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 (ver consideraciones generales).

Además de los síntomas esenciales reflejados en las pautas diagnósticas, los pacientes con esquizofrenia infantil pueden presentar períodos de ansiedad extrema, impulsividad y agresividad (incluidas automutilaciones).

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

Aunque esa entidad es poco frecuente, no goza de aceptación universal y requiere de un diagnóstico diferencial delicado, ha sido incluida en el GC-3, para satisfacer los deseos de un grupo importante de psiquiatras infantiles cubanos, que así lo consideran pertinente.

Pautas para el diagnóstico

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

a) Síntomas característicos: cada uno de ellos presentes durante una parte significativa de un período de un mes (o menos, si ha sido tratado con éxito). Dos (o más) de los siguientes:*

1. Ideas delirantes (son raras).
2. Alucinaciones (más frecuentemente las visuales).
3. Lenguaje desorganizado (retardo o detención).
4. Comportamiento gravemente desorganizado.
5. Síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia o abulia)

b) Disfunción socio-educacional: desde el inicio de la alteración y durante una parte significativa del tiempo, una ó más áreas importantes de la actividad, como son la escuela, las relaciones interpersonales o el cuidado de si mismo, están claramente por debajo del nivel previo al comienzo del trastorno.

c) Duración: Deben persistir algunos de los síntomas continuos y el cuadro clínico durante seis meses o más y el cuadro clínico satisfacer los criterios expuestos en el inciso a).

d) El trastorno no debe satisfacer los requerimientos diagnósticos de ningún trastorno incluíble en cualquier otro apartado de este manual. Especial interés debe ponerse en pesquisar las afecciones de base orgánica y aquellos trastornos de aparición temprana (categorías F70-F79, F80-F89 y F90-F99) especialmente los “trastornos generalizados del desarrollo”.

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 (ver descripción general de F20.80 Esquizofrenia Infantil), 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

Se trata de un trastorno de evolución prolongada (al menos 2 años), caracterizado por múltiples alteraciones similares a aquellas propias de la esquizofrenia, pero sin llegar a satisfacer nunca los criterios diagnósticos de ésta. La extravagancia, el vacío emocional y la ausencia de relaciones humanas adecuadas dominan el cuadro clínico, junto con trastornos sensorperceptuales y del pensamiento (pensamiento elíptico, ideas deliroides, etc.).

El comportamiento y apariencia excéntrica, las ideas de referencia, paranoides o absurdamente extravagantes (sin que ninguna de ellas llegue a ser claramente delirante), su lenguaje elíptico y sofisticado y su incapacidad para sentir o evocar empatía hacen que la

* De los síntomas de 1 y 2 al menos uno debe estar claramente presente.

interacción social y personal del paciente se empobrezca y limite, al extremo de no ir más allá de un tibio contacto con familiares cercanos.

Síndromes obsesivos (sin resistencia interna) y de despersonalización y breves episodios claramente psicóticos (micropsicosis), así como episodios depresivos, suelen presentarse durante la evolución del trastorno.

Su capacidad de disfrute es mínima y su afectividad suele estar embotada.

Pautas para el diagnóstico

- a) Una importante cantidad de las manifestaciones descritas en la introducción deben haber estado presente por no menos de dos años.
- b) En ningún momento han sido satisfechas las pautas diagnósticas de esquizofrenia (F20)
- c) Ningún otro trastorno codificable en este manual puede explicar mejor los síntomas.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estos criterios satisfacen, en lo esencial, las pautas diagnósticas para investigación de la CIE-10 (CDI), aunque en ese manual se exige, explícitamente, la presencia de, al menos, 4 síntomas de una lista de 9.

En el DSM-IV se incluye este cuadro entre los trastornos de personalidad, y por lo tanto, puede coexistir con el de esquizofrenia (u otro trastorno psicótico), trastorno del estado de ánimo (con psicosis) o con el de trastorno generalizado del desarrollo, siempre que no ocurra solamente mientras evolucionan dichos estados morbosos.

Deben ser satisfechos 5 de los 9 requerimientos que se señalan, y que incluyen los mismos de los CDI, menos las "rumiaciones obsesivas" y las "micropsicosis".

Entre los trastornos del pensamiento, se señalan en él, las "creencias fantásticas", así como la presencia de fantasías o preocupaciones extravagantes en niños y adolescentes, y en cuanto al "empobrecimiento de las relaciones personales y retraimiento", se señala la existencia de ansiedad social, que no disminuye en ambientes familiares y que se asocia más a temores paranoides que a una pobre autoestima.

La inexistencia de amigos cercanos o confidentes, que no sean familiares de primer grado, es explícitamente señalado como uno de los indicadores.

Incluye: esquizofrenia latente, reacción esquizofrénica latente, esquizofrenia limítrofe (**borderline**), esquizofrenia pseudoneurótica, pseudopsicopática y trastorno esquizotípico de la personalidad.

Excluye: trastorno esquizoide de la personalidad (F60.1), síndrome de Asperger (F84.5) y esquizofrenia (F20)

F22 TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES PROLONGADOS

El cuadro clínico está constituido total o casi totalmente por ideas delirantes que han durado por lo menos 3 meses y que no pueden ser consideradas como parte de otro trastorno codificable en sí mismo en este manual.

La presencia de voces alucinatorias esporádicas no invalida el diagnóstico, pero éste es incompatible con un estado alucinatorio intenso o prolongado, o con el de un episodio depresivo, si las ideas delirantes pueden ser explicadas por éste.

Las ideas delirantes tienden a ser particularmente resistentes a la terapéutica, por lo que rara vez se consiguen remisiones espectaculares o estables.

F22.0 Trastorno de ideas delirantes

Está caracterizado por la presencia de un tema o sistema delirante único, por lo general bien sistematizado, racionalmente defendido, no inverosímil (que pudiera realmente ocurrir), de duración muy prolongada (aun cuando reciba tratamiento específico), y que no se acompaña de alucinaciones (excepto aquellas transitorias, poco relevantes y directamente relacionadas con las ideas delirantes), ni de desorganización de la personalidad del paciente, o distorsiones de sus relaciones con aquellas personas, situaciones y actividades no implicadas en la temática delirante.

Ese cuadro aparece en la versión cubana de la CIE-9 en la categoría 297 Psicosis Paranoides Crónicas, y se distinguen como subtipos de ella, la paranoia, el estado paranoide simple, el estado paranoide involutivo y la parafrenia, con base en las diferencias clínicas entre dichos cuadros.

Con apoyo en el principio de discriminación fenomenogénica del GC3 y en el criterio de muchos psiquiatras que así lo desean, se han insertado esos cuadros, según sus características, dentro de las subcategorías F22.0 y F22.8, y se añaden sus descripciones, de manera que quienes así lo deseen puedan hacer uso de ellos sin vulnerar los principios y el orden de la CIE-10.

La paranoia (297.1 del GC2) encaja perfectamente en la categoría F22.0, con la característica de que la idea, o conjunto de ideas delirantes, por referirse a hechos o situaciones teóricamente posibles y estar sólida y lógicamente argumentados, hacen difícil establecer su carácter irreal; hecho éste, que, por lo general, requiere de la información brindada por terceras personas.

Se recomienda a aquellos clínicos que deseen hacer uso del diagnóstico de paranoia que lo hagan agregando ese calificativo entre paréntesis al nombre de la categoría, por ejemplo:

F22.0 Trastorno de ideas delirantes prolongado (paranoia).

De igual manera, se registrarán en esa subcategoría aquellos pacientes que se correspondan con las características clínicas descritas para el Estado Paranoide Simple, Parafrenia y Estado paranoide involutivo, cuando, además, satisfagan los criterios diagnósticos pertinentes.

Si debido a la presencia de alucinaciones u otro elemento clínico incompatible, esto no es posible se recurrirá a la subcategoría F22.8 "Otros Trastornos de Ideas Delirantes Prolongados", siempre y cuando tengan una duración de, al menos, 3 meses y no satisfagan los requerimientos diagnósticos de ningún otro trastorno mental.

Pautas para el diagnóstico

- a) Presencia de un cuadro delirante con las características descritas en la introducción a esta subcategoría, durante tres meses o más.
- b) No estarán presentes ideas delirantes de las típicamente esquizofrénicas ni alucinaciones de ese tipo, persistentes o relevantes), ni un síndrome depresivo capaz de inducir el contenido de las ideas delirantes (congruencia ideoafectiva)
- c) Cualquier otra posible causa del síndrome ha sido razonablemente excluida.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Esas pautas son compatibles con los CDI de la CIE-10, las del DSM-IV son similares y se diferencian en que:

- 1) Solo se requiere una duración de 1 mes del cuadro delirante.
- 2) Si existe un cuadro depresivo, su duración debe ser menor que la del cuadro delirante, pero no se exige que las ideas delirantes no sean congruentes con el estado de ánimo.

Incluye: parafrenia (tardía), paranoia; estado paranoide.

Excluye: Trastorno paranoide de la personalidad (F60.0)

 Psicosis paranoide psicógena (F23.3).

 Reacción paranoide (F23.3).

 Esquizofrenia paranoide (F20.0).

 Estado paranoide alcohólico (F10.5)

 Estado paranoide simple o involutivo, con alucinaciones (F22.8)

F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes, prolongados

Se ubicarán aquí los síndromes delirantes prolongados que no reúnen las pautas de un Trastorno de Ideas Delirantes (F22.0) ni de una esquizofrenia.

Se recomienda por la CIE-10 que esos cuadros, cuando hayan durado menos de 3 meses, se codifiquen de acuerdo con F23 (al menos temporalmente).

Se rubricarán aquí los Estados Paranoides Simples, la Parafrenia y el Estado Paranoide Involutivo, cuando no cumplan los requisitos de F22.0 Trastornos de Ideas Delirantes.

F22.8 Estado paranoide simple

Deben incluirse aquí los cuadros psicóticos de tipo paranoide no esquizofrénicos, con evolución prolongada, cuyo mecanismo de producción es sensitivo-persecutorio, y en los cuales los elementos expansivo-imaginativos (véase parafrenia) no forman parte esencial de cuadro clínico. Pueden presentarse alucinaciones, sobre todo de tipo auditivo. Suelen aparecer esos cuadros en personalidades paranoides. Se diferencian de los trastornos psicóticos agudos y transitorios en que su evolución es insidiosa y prolongada. Usualmente, no hay relación directa con ningún psicotrauma específico, más bien es la dialéctica de las relaciones y las actitudes mórbidas con su medio, las que van llevando la personalidad al desarrollo de la psicosis, aunque puede ser expresión de la cronificación de un cuadro paranoide reactivo. Se diferencia de la esquizofrenia paranoide en que no existen elementos procesales, el delirio es más comprensible y no se produce deterioro de la personalidad, y de la paranoia por ser el carácter delirante de las ideas más fácilmente identificable y por la presencia de alucinaciones y otras manifestaciones típicas de esa entidad.

Incluye: psicosis paranoide psicógena (prolongada). reacción paranoide crónica.

F22.8 Parafrenia

Psicosis paranoide caracterizada por alucinaciones, a menudo de varias modalidades, e ideas delirantes imaginativos y fantásticos. Los síntomas afectivos y el pensamiento desordenado, cuando están presentes, no dominan el cuadro clínico. La personalidad está relativamente bien conservada.

F22.8 Estado paranoide involutivo

Se caracteriza por ideas delirantes, en las que predominan las de daño y persecución, aunque no se excluyen las hipocondríacas, las de celo y las de grandeza. Las ideas delirantes, más o menos sistematizadas, coexisten habitualmente con marcada ansiedad y cierto fondo depresivo. Suelen presentarse alucinaciones auditivas.

Tales cuadros aparecen en el llamado período involutivo de la vida (aproximadamente entre los 45 y 65 años), en ausencia de signos de deterioro orgánico y en personas sin antecedentes psicóticos previos. No deben confundirse con las depresiones acompañadas de ideas delirantes y alucinaciones (F32.3), en las cuales las ideas delirantes son obviamente secundarias a la depresión y ésta constituye el componente primordial del cuadro clínico.

Incluye: Dismorfofobia querulante, Paranoia querulante, Parafrenia involutiva y Parafrenia tardía

F22.9 Trastorno de ideas delirantes prolongado, no especificado

F23 TRASTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS

Se agrupa aquí a un conjunto de síndromes no orgánicos, que tienen en común la aparición en un breve lapso de síntomas claramente psicóticos, el carácter caleidoscópico (a veces, fluctuante y cambiante) de sus síntomas y el tener, en general, un buen pronóstico y una evolución breve.

De acuerdo con su patoplastia y las concepciones de los clínicos a cargo del diagnóstico, muchos de estos cuadros han sido clasificados como esquizofrenias agudas indiferenciadas o psicosis reactivas, pero un cuidadoso estudio anterógrado y retrógrado de los pacientes demuestra, que en muchos de ellos, ni se producen (fuera del cuadro agudo) manifestaciones sugestivas de esquizofrenia, ni se halla un agente estresante.

Pautas para el diagnóstico

a) Instalación de un cuadro psicótico agudo en menos de dos semanas o incluso súbito (no mas de dos días).

Los síntomas pueden incluir un estado confusional no orgánico y síntomas paranoides como ideas delirantes y alucinaciones. Estas últimas pueden ser de las típicamente esquizofrénicas, pero si se prolongan por 30 días o más, el diagnóstico será el de esquizofrenia.

b) Otras posibles causas (especialmente los trastornos orgánicos y sintomáticos y los debidos al consumo de sustancias psicoactivas) han sido excluidas.

La presencia de estrés asociado puede registrarse así:

F23.X0 no asociado a situación estresante

F23.X1 asociado a situación estresante

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

Incluye: *bouffée* delirante.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estos criterios son compatibles con los CDI de la CIE-10.

Resulta imposible establecer criterios generales para determinar en qué subcategoría del DSM-IV deben registrarse los diagnósticos ubicables dentro de cada una de las subcategorías de F23 en la CIE-10, pues no existe una correspondencia exacta entre ambos sistemas, por lo que dos pacientes cuyas manifestaciones satisfacen los criterios de una misma subcategoría del DSM-IV, pueden corresponder a rubros diferentes dentro de la CIE-

10. Por lo tanto, para un estudio cruzado entre ambos sistemas se requiere un análisis caso por caso.

Esto se debe, fundamentalmente, a dos factores:

A) El tiempo de duración de los síntomas, indispensable para hacer el diagnóstico (variable de clave en estas entidades), varía mucho de una a otra clasificación, no sólo en el lapso asignado a cada trastorno, sino en la forma de medirlo, pues en la CIE-10 sólo toma en consideración el período en que los síntomas psicóticos son evidentes y en el DSM-IV, por ejemplo para el trastorno esquizofreniforme, se incluye además, dentro del tiempo de evolución del trastorno, los síntomas (no psicóticos) y cambios comportamentales que preceden al período de actividad psicótica (pródromos) y los que le suceden (síntomas residuales).

B) Por otra parte, para la ubicación de estos trastornos psicóticos breves, la CIE-10 utiliza 4 subcategorías aglutinadas dentro de una categoría menor F23, a su vez, incluida dentro de una mayor (F20-F29).

En el DSM-IV, sólo se utilizan 3 subcategorías, cuyos criterios de inclusión no concuerdan exactamente con los de la CIE-10 y ellas no se agrupan en una categoría que pueda ser homologada con la F23 (CIE-10), sino que se ubican de forma independiente dentro de la categoría principal equivalente a F20-F29.

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

Este trastorno se caracteriza porque;

a) Se satisfacen los criterios generales de F23

b) Abigarrada coexistencia o alternancia rápida y de intensidad fluctuante de ideas delirantes y alucinaciones (no típicamente esquizofrénicas) con síntomas confusionales (no orgánicos), y trastornos de la motilidad (de agitación a estupor) y la afectividad.

La ocurrencia de síntomas típicamente esquizofrénicos de manera fugaz no invalida el diagnóstico.

c) Ninguna constelación sintomática es lo suficientemente preponderante y constante como para cumplir los criterios diagnósticos de otro trastorno codificable en sí mismo.

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

Se trata de un trastorno psicótico agudo, que cumple las pautas descriptivas de F23.0, excepto por el hecho de que algunos síntomas característicos de la esquizofrenia están presentes de manera consistente, pero por un período menor de un mes.

F23.2 Trastorno psicótico agudo, esquizofreniforme

Clasificar aquí aquellos trastornos en que:

- a) Se cumplen las pautas diagnósticas generales de los trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23)
- b) Se satisfacen los requerimientos sintomáticos, pero no los de duración para el diagnóstico de esquizofrenia.
- c) El polimorfismo sintomático y la fluctuación en la intensidad de los síntomas están ausentes o muy atenuados.
- d) La duración es menor de un mes

Incluye: Trastorno o psicosis esquizofreniforme breve

Excluye: Trastorno orgánico de ideas delirantes (esquizofreniforme) (F06.2).
Trastorno esquizofreniforme, no especificado (F20.8).

F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes

Se trata de un trastorno que satisface los requerimientos diagnósticos generales de los trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23) y en el cual las ideas delirantes y alucinaciones dominan el cuadro clínico y son relativamente estables, pero no cumplen las pautas diagnósticas de esquizofrenia (F20), y su duración no excede de tres meses.

F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios

Se ubicarán aquí aquellos trastornos que satisfacen las pautas diagnósticas generales de F23, pero no las de ninguna de las subcategorías antes descritas.

Incluye: Estados (no orgánicos) de exaltación no especificado.

F23.9 Trastorno psicótico agudo y transitorio, no especificado

Incluye: Psicosis reactiva (breve), no especificada.

F24 TRASTORNO DELIRANTE INDUCIDO (*FOLIE Á DEUX*)

Se trata de un trastorno poco frecuente, en que:

- a) Las ideas delirantes son inducidas en un sujeto (el inducido) por otro (el inductor), que padece de un síndrome delirante (por lo general esquizofrenia) codificable en sí mismo.
- b) Existe una situación de dependencia o subordinación del sujeto inducido respecto al inductor.
- c) Ambos conviven en un ambiente enrarecido y aislado.
- d) Los síntomas del sujeto inducido desaparecen al separársele del inductor.
- e) El sujeto inducido no padece de ningún otro trastorno capaz de generar ideas delirantes.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Esos criterios satisfacen los requisitos de la versión para investigaciones de las CIE-10 (CDI) y los del DSM-IV.

Incluye: *folié á deux*
trastorno paranoide inducido.
locura a dos

F25 TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS

Esta categoría agrupa aquellos síndromes caracterizados por la aparición, en un mismo episodio, de síntomas, que satisfacen tanto los requerimientos diagnósticos de la esquizofrenia como los de un episodio afectivo.

Pautas para el diagnóstico

- a) En un mismo episodio, de manera simultánea, o al menos parcialmente solapada, se presentan síntomas que satisfacen los criterios diagnósticos de la esquizofrenia y de un episodio maniaco depresivo o mixto moderado o grave.
- b) Los síntomas de mayor significación para el diagnóstico de esquizofrenia deben haber estado presentes de manera relevante y consistente al menos por dos semanas.
- c) Otras posibles causas pueden ser razonablemente excluidas.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Esas pautas se corresponden con los CDI. En el DSM-IV se exigen criterios sintomáticos similares, pero se especifica que la presencia de hipotimia es indispensable si el cuadro afectivo es depresivo.

Además, debe haber alucinaciones o ideas delirantes en ausencia de síntomas afectivos prominentes, al menos, durante dos semanas dentro del episodio y estar presentes síntomas que satisfagan las pautas de un episodio afectivo durante una parte sustancial del tiempo total de duración del episodio (fases activa y residual).

También se recomienda que, según haya o no manifestaciones maníacas o mixtas en algunos de los brotes anteriores o el actual, el trastorno se califique como bipolar o depresivo, pero sin codificación específica para esos subtipos.

F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco

Trastorno en el que se cumplen los criterios generales del trastorno esquizoafectivo (F25) y el componente afectivo es un cuadro maníaco.

Esa categoría debe usarse tanto para un solo episodio esquizoafectivo de tipo maníaco como para un trastorno recurrente, en el cual los episodios son esquizoafectivos de tipo maníaco.

Esos criterios satisfacen las pautas diagnósticas para investigación de la CIE-10.

F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo

Se cumplen las pautas diagnósticas de F25 y el cuadro efectivo actual es depresivo.

Esa categoría debe usarse tanto para un único episodio esquizoafectivo de tipo depresivo, como para un trastorno recurrente, en el cual los episodios son esquizoafectivos de tipo depresivo.

Esas pautas satisfacen los criterios de investigación de la CIE-10.

F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto

Se satisfacen las pautas de F25 y las de F31.6.

F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos, especificados

F25.9 Trastorno esquizoafectivo, no especificado

Incluye: psicosis esquizoafectiva, no especificada.

F28 OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS DE ORIGEN NO ORGÁNICO

Se codificarán aquí aquellos trastornos psicóticos no debidos a lesión o enfermedad encefálica que tienen “personalidad propia” y que no satisfacen los requerimientos diagnósticos de ningún otro trastorno codificable en este manual.

Incluye: Psicosis alucinatoria crónica, , no especificada.
Delirio dermatozoo no orgánico S.O.E.

F29 PSICOSIS NO ORGÁNICA, NO ESPECIFICADA

Es esta una categoría residual, para la ubicación de síndromes atípicos, sin “personalidad propia”, de los que solo se conoce que tienen un nivel psicótico de funcionamiento, y que no son la consecuencia directa de una anomalía, enfermedad o lesión encefálica.

Incluye: psicosis, no especificada (no orgánica).
psicosis de origen incierto (no orgánica)

Excluye: trastorno mental, no especificado (F99); psicosis orgánica o sintomática, no especificada (F09).

F30-F39 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

F30-F39 Trastornos del estado de ánimo ((Trastorno del humor [afectivo]))

F30 - Episodio maníaco

F30.0 - Hipomanía

F30.1 - Manía sin ideas delirantes ni alucinaciones
((Manía sin síntomas psicóticos))

F30.2 - Manía con ideas delirantes o alucinaciones
((Manía con síntomas psicóticos))

.20 *Congruentes con el estado de ánimo*

.21 *No congruentes con el estado de ánimo*

F30.8 - Otros episodios maníacos

F30.9 - Episodio maníaco, no especificado

F31 - Trastorno afectivo bipolar

F31.0 - Trastorno afectivo bipolar, episodio actual hipomaníaco
((Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaníaco presente))

F31.1 - Trastorno afectivo bipolar, episodio actual maníaco, sin ideas delirantes ni alucinaciones
((Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente sin síntomas psicóticos))

F31.2 - Trastorno afectivo bipolar, episodio actual maníaco, con ideas delirantes o alucinaciones
((Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco, presente con síntomas psicóticos))

.20 *Congruentes con el estado de ánimo*

.21 *No congruentes con el estado de ánimo*

F31.3 - Trastorno afectivo bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.
((Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado))

.30 *Sin síntomas melancólicos*

.31 *Con síntomas melancólicos*

F31.4 - Trastorno afectivo bipolar, episodio actual depresivo grave, sin ideas delirantes ni alucinaciones
((Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos))

F31.5 - Trastorno afectivo bipolar, episodio actual depresivo grave, con ideas delirantes o alucinaciones
((Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos))

.50 *Congruentes con el estado de ánimo*

.51 *No congruentes con el estado de ánimo*

F31.6 - Trastorno afectivo bipolar, episodio actual mixto
((Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente))

F31.7 - Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión

F31.8 - Otros trastornos afectivos bipolares, especificados

((Otros trastornos afectivos bipolares))

.80 En fase prodrómica (depresiva)

.81 En fase prodrómica (maníaca)

F31.9 - Trastorno afectivo bipolar, no especificado.

F32. - Episodio depresivo

F32.0 - Episodio depresivo leve

.00 *Sin síntomas melancólicos*

.01 *Con síntomas melancólicos*

F32.1 - Episodio depresivo moderado

.10 *Sin síntomas melancólicos*

.11 *Con síntomas melancólicos*

F32.2 - Episodio depresivo grave sin ideas delirantes ni alucinaciones

((Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos))

.23 De carácter reactivo

F32.3 - Episodio depresivo grave con ideas delirantes o alucinaciones

((Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos))

.30 *Congruentes con el estado de ánimo*

.31 *No congruentes con el estado de ánimo*

.33 De carácter reactivo

F32.8 - Otros episodios depresivos, especificados

((Otros episodios depresivos))

F32.9 - Episodio depresivo, no especificado

F33 - Trastorno depresivo recurrente

F33.0 - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

((Trastorno depresivo recurrente episodio leve presente))

.00 *Sin síntomas melancólicos*

.01 *Con síntomas melancólicos*

F33.1 - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

((Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente))

.10 *Sin síntomas melancólicos*

.11 *Con síntomas melancólicos*

F33.2 - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave, sin ideas delirantes ni alucinaciones

((Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, sin síntomas psicóticos))

F33.3 - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual depresivo grave, con ideas delirantes o alucinaciones

((Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos))

.30 *Congruentes con el estado de ánimo*

.31 *No congruentes con el estado de ánimo*

F33.4 - Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

F33.8 - Otros trastornos depresivos recurrentes, especificados
((Otros trastornos depresivos recurrentes))
F33.80 - Trastorno depresivo recurrente, en fase prodrómica
F33.9 - Trastorno depresivo recurrente, no especificado

F34 - Trastornos del estado de ánimo prolongados.
((Trastornos del humor [afectivos] persistentes))

F34.0 - Ciclotimia.
F34.1 - Distimia
F34.16-Distimia con desarrollo neurótico
F34.8 - Otros trastornos prolongados del estado de ánimo, especificados
((Otros trastornos del humor [afectivo] persistentes))
F34.9 - Trastorno prolongado del estado de ánimo, no especificado
((Trastorno persistente del humor [afectivo], no especificado))

F38. - Otros trastornos del estado de ánimo
((Otros trastornos del humor [afectivos]))

F38.0 - Otros trastornos del estado de ánimo, aislados
((Otros trastornos del humor [afectivos], aislados))
F38.1 - Otros trastorno del estado de ánimo, recurrentes
((Otros trastorno del humor [afectivos], recurrente))
F38.8 - Otros trastornos del estado de ánimo, especificados
((Otros trastornos del humor [afectivos], especificados))

F39 - Trastorno del estado de ánimo, no especificado
((Trastorno del humor [afectivo], no especificado))

Nota: se prefirió el término trastorno del estado de ánimo al de ((trastorno del humor)) por estar su uso más exclusivamente ligado al binomio (tristeza-alegría), mientras que el segundo se asocia también, e incluso más, a la ansiedad y la disforia.

INTRODUCCION

Si algo han demostrado, sin lugar a dudas, las investigaciones acerca de los trastornos afectivos (especialmente las depresiones), es nuestra ignorancia en ese campo; conclusión respecto a la cual hay un consenso universal.

El propio concepto de depresión, tanto en el plano teórico como en el operativo, es algo incierto y cambiante.

Durante muchos años, la depresión fue concebida explícita o implícitamente como una tristeza de carácter morbos, debido a su intensidad, duración o discordancia con el contexto existencial del sujeto.

Se aceptaba que múltiples afecciones, tanto orgánicas cerebrales y somáticas como psicosociales, podían influir sobre el talante y llevar a un "descontento" anormal (depresiones secundarias). En otras ocasiones, la depresión aparecía sin "ser invitada", de manera que su presencia no podía ser inculpada a ningún otro trastorno (depresiones primarias).

El carácter rector del hundimiento del estado de ánimo en el concepto y diagnóstico de la depresión estaba dado de manera explícita por el valor cardinal otorgado a la tristeza como expresión de trastorno afectivo (humor depresivo), y a sus lógicos acompañantes: la falta de entusiasmo y la anhedonia (actualmente vigentes).

De manera implícita, lo anterior era reconocido por calificativos como equivalentes somáticos, utilizados para designar manifestaciones corporales que serían la fachada de un estado de ánimo depresivo (oculto o latente), pero más claramente aún, esto se manifiesta en el término **depresión enmascarada**, que abarcaba tanto los "equivalentes depresivos" como cualquier forma de depresión, en que la tristeza no fuera evidente (*smiling depression*), y les otorgara a los trastornos corporales y otras manifestaciones un carácter de máscara, de pantalla, de algo ajeno a la esencia de la depresión genuina, que se oculta tras ellas.

Los conocimientos actuales no son del todo concordantes con ese concepto. En términos generales, es más bien al contrario. Muchas alteraciones fisiológicas como trastornos del sueño, de los ritmos circadianos, de la regulación neuroendocrina, etc., anteceden al cuadro clínico y persisten cierto tiempo después de su desaparición.

La depresión del sistema inmunológico (difícilmente explicable con base en una simple consecuencia del hundimiento afectivo) cobra cada vez mayor importancia. Ya no sólo se admite que el cáncer y las enfermedades infecciosas pueden ser causa de depresión, sino también lo opuesto, o sea, que se injerten y desarrollen en un terreno por ella abonado.

Se reconoce, también, que la salud física y la expectativa de vida están significativamente disminuidas en los pacientes con depresión respecto a la población general y el hecho de que el paciente esté deprimido o no, puede constituir una variable de primer orden en la evolución y desenlace de muchas afecciones básicamente somáticas.

En virtud de lo argumentado, el estrecho contexto de un trastorno del humor, parece insuficiente para contener tan amplia gama de manifestaciones morbosas. Incluso el concepto de enfermedad mental tampoco satisface plenamente los requerimientos de una entidad que comienza a perfilarse como un gran *iceberg* global y sistémico, que afecta múltiples funciones vitales del paciente y cuya "parte visible" emerge dentro del campo de la psiquiatría.

Respecto al diagnóstico, las cosas no son muy diferentes: definir es de limitar (saber lo que algo es y lo que no es).

Identificar y aislar una cosa mal definida implica, por lo tanto, el reconocimiento de que se trata de una tarea difícil que conlleva la necesidad de trabajar y reflejar, en cierto modo, un mundo ambiguo y la inevitabilidad de cometer algunos errores.

Este capítulo es un claro ejemplo de las limitaciones que tienen los sistemas taxonómicos actuales (ver introducción) en el sentido de hacer descansar los criterios diagnósticos básicamente en los síntomas actuales, y en las manifestaciones claramente objetivas, pues - como veremos- los síntomas de una depresión pueden tener las más disímiles formas y combinarse de innumerables maneras.

Según la cultura, entorno, contexto histórico en que se desarrolla, edad y personalidad del paciente, la depresión puede tener diversas formas de expresión en nada similares entre sí. Por el contrario, una misma constelación comportamental puede resultar normal, ser la expresión de una depresión, o incluso, de una exaltación afectiva en función de los factores ya señalados. Los sentimientos de culpabilidad pueden estar ausentes en culturas no cristianas, en las cuales el concepto de "pecado" no es un componente fundamental.

En sociedades con escaso grado de desarrollo, las crisis de agitación, acompañadas de ideas delirantes de daño e hipocondríacas, con gran somatización y miedo a la muerte, son una forma de presentación de las depresiones más frecuente que el modelo clásico descrito en las pautas diagnósticas de los sistemas clasificatorios actuales, cuya universalidad es muy dudosa si se tiene en cuenta que existen centenares de culturas con expresiones típicas, sobre todo en el tercer mundo, donde habita la gran mayoría de la humanidad.

Aun dentro de una misma cultura, puede haber variaciones sintomáticas evidentes:

En un anciano, una depresión puede ser clínicamente indistinguible de una demencia, y en ocasiones, es la respuesta a la terapéutica (y la evolución) la que permite hacer el diagnóstico.

En los niños y adolescentes, la depresión puede tener formas de expresión similares a las contenidas en las pautas diagnósticas, pero no es excepcional que sus maneras de manifestarse no se ajusten a ellas.(Ver depresión durante la infancia y la adolescencia).

Durante la etapa involutiva, los síntomas hipocondríacos, la ansiedad, la susceptibilidad (a veces incluso ideas delirantes paranoides), y en ocasiones las manifestaciones obsesivo-compulsivas pueden ser los síntomas más llamativos.

En cualquier edad, los síntomas de carácter somáticos (constipación, algias, prurito, etc.) u obsesivo-compulsivos, la alteración de los ritmos circadianos, las dificultades de comunicación y las variaciones en el estilo de vida, pueden ser la forma de expresión de un

trastorno depresivo en el que el hundimiento del "estado de ánimo" y la anhedonia no pueden ser evidenciados, o esto sólo es posible hacerlo a través de la psicoterapia o de la respuesta a la medicación.

En su forma más sutil, un estado depresivo puede expresarse por la simple renuncia a las más elevadas aspiraciones en la vida, como un grado académico o científico, o una posición de respetable nivel político, administrativo o profesional, por ejemplo.

No raramente esto se acompaña de un desempeño brillante en una ocupación por debajo del nivel de capacitación del sujeto y de una actitud hedonista, en busca, de manera consciente o no, de variadas y constantes formas de placer sensual, para llenar su vacío existencial y paliar con éxitos fáciles sus sentimientos de frustración.

Una circunstancia interna o externa intercurrente puede destruir ese esquema defensivo con que el sujeto oculta a los demás y a sí mismo la depresión y ocurrir un "inexplicable" cuadro depresivo clásico intenso, o un "sorprendente" suicidio.

La depresión y la manía pueden también tener un sello muy personal, sobre todo en sus inicios (ver frase calificativa "en fase prodrómica"), y un comportamiento nada llamativo para un sujeto promedio, puede, en otro, ser el claro indicio de que una depresión o manía se avecinan.

Ante la ausencia de indicadores neurofisiológicos precisos para pautar la presencia o no de un trastorno afectivo, no queda más alternativa, como se reconoce en la introducción a la categoría F30-F39 (CIE-10 uso clínico), que buscar fórmulas de avenencia dentro de la clínica psiquiátrica.

No obstante, se recomienda a los usuarios de este manual el tener en cuenta la validez clínica de las formas no clásicas (mal llamadas atípicas) de la depresión (ver uso del manual).

DEPRESION DURANTE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

La depresión se caracteriza por sentimientos de tristeza o infelicidad, que pueden oscilar desde un estado transitorio hasta un trastorno mental de categoría específica, que se acompaña de cambios o modificaciones del humor, estado de ánimo, conducta, pensamiento, relaciones sociales y funcionamiento corporal.

La depresión en la infancia y la adolescencia puede ser clasificada según los criterios taxonómicos aplicados a los adultos, pero sin olvidar las características específicas del desarrollo cognitivo-afectivo de la etapa en que se encuentra el individuo, lo que hace que su expresión sintomática sea muy variable.

En el lactante, basta recordar la depresión anaclítica de Spitz con su cortejo sintomático de ojos inexpresivos, propensión al llanto, explosiones de ira, pérdida de peso, retardo en el desarrollo, infecciones, movimientos de balanceo, e incluso muerte.

En los párvulos y preescolares puede estar dada por pérdida del placer o disfrute de las actividades (juegos o fiestas), irritabilidad, intranquilidad, trastornos del sueño o alimentarios, quejas somáticas, ansiedad de separación, etc.

En el escolar, además de las manifestaciones anteriormente enunciadas, se aprecian dificultades en el área docente (desmotivación, pérdida del rendimiento académico, distractibilidad), agresividad con pariguales, preocupación en relación con la muerte, deseos de morir, o incluso, conducta suicida o disocial.

En el adolescente, el cuadro se hace semejante al del adulto. Al aparecer con más nitidez la sensación de tristeza, se aprecian con mayor frecuencia la conducta autodestructiva, trastornos conductuales, alteraciones de las relaciones sociales, abuso del alcohol, u otras sustancias psicoactivas, (como por ejemplo el hábito de fumar), quejas somáticas, trastornos del sueño, exacerbación de fobias, o síntomas obsesivos preexistentes, comportamiento histriónico y síntomas regresivos, que acompañados de algunas manifestaciones de las descritas en la etapa anterior, suelen enmascarar los síntomas depresivos clásicos que subyacen en el trasfondo del cuadro clínico (depresiones atípicas enmascaradas etc.).

En escolares y adolescentes es muy frecuente (e importante) el deterioro de los rendimientos escolares y la ausencia a la escuela.

Otras consideraciones sobre el tema

Son aún escasos los estudios epidemiogénicos de la depresión en la infancia y la adolescencia en comparación con los realizados en adultos. No obstante, un número importante de autores coinciden en un grupo de aspectos, tales como que es más frecuente en la adolescencia, sobre todo en el sexo femenino (en la infancia y la preadolescencia es más frecuente en los varones). Esos hallazgos parecen estar dados por los cambios biológicos y psicológicos que ocurren en la adolescencia y que hacen que, a esa edad, se tenga un enfoque diferente al que antes se tenía de la vida y el entorno, así como al hecho de enfrentarse a nuevos estresores ambientales que el joven tiene que afrontar por sí mismo, en el contexto de una interacción familiar menos controladora y protectora.

En la infancia se hace más versátil la expresión depresiva en dependencia del desarrollo afectivo-cognitivo que tenga el paciente, lo que unido a la falta de instrumentos idóneos para identificar la depresión a esta edad dificulta el diagnóstico.

Existe una mayor prevalencia de depresión en los niños con prolongados períodos de internamiento en salas hospitalarias, por enfermedades somáticas que toman el estado

general, producen dolor o malestares crónicos y limitan sus posibilidades lúdicas y de interacción social.

El peligro de muerte, cuando el niño es capaz de percibirlo, y las actitudes inadecuadas de los padres (rechazo, sobreprotección, etc.) desempeñan también una importante función al respecto.

Factores predisponentes

Parece evidente que las depresiones, en general, se relacionan con factores biológicos (genéticos y trastornos químicos cerebrales) y factores psico-sociales productores de estrés; situación a la que las depresiones en edades tempranas de la vida no constituyen una excepción.

Desde el punto de vista genético, se ha encontrado una mayor frecuencia de pacientes con depresión en individuos con antecedentes de padres y hermanos con trastornos del estado de ánimo y alcoholismo, y se ha relacionado la enfermedad bipolar con alteraciones cromosómicas.

Los factores psicosociales son múltiples: pérdidas significativas (muerte de un ser querido), hogares desintegrados, maltrato infantil, ruptura de relaciones amorosas, tropiezos vocacionales, dificultades escolares, etc. Las actitudes inadecuadas de los padres desempeñan también una importante función al respecto.

La depresión no sólo va a estar dada por los factores antes descritos, sino también por el desarrollo afectivo-cognitivo del niño o adolescente y los mecanismos de afrontamiento con que cuenta. Los niños que han padecido depresiones tienen más posibilidades en la adultez, de sufrir de trastornos depresivos crónicos y recurrentes, conducta suicida y otros trastornos psíquicos.

En el GC-3, se ha preferido utilizar el término melancólico en vez de somático para denominar un grupo de síntomas como la anhedonia, el despertar temprano, etc., cuya presencia o no, es registrada con un quinto dígito en la subcategorías F32.0 y F32.1.

Esto se hace debido a que, operativamente (a fin de facilitar la comunicación) en este manual (salvo que se especifique otra cosa, o esté obviamente implícito en el contexto en que se emplea), el término "**somático**" se utiliza, al igual que "**corporal**", para referirse a una ubicación anatómica fuera del encéfalo y la palabra "**orgánico**" para una localización encefálica.

Por otra parte, síntomas importantes como la constipación, el prurito, algias, etc. son manifestaciones somáticas en el sentido de corporales, pero no en el de melancólicas, lo que tiende a crear confusión a la hora de referirse genéricamente a los malestares corporales que forman parte de los síndromes depresivos.

Como ya se dijo se prefirió el término melancólico a otras alternativas por existir cierta familiarización con su uso, con esa connotación.

Aunque no hubo un claro consenso respecto a las ventajas e inconvenientes de complicar el diagnóstico del grado de depresión en tres categorías (leve, moderado y grave) tres cosas quedaron claras:

1. Que un número no despreciable de colegas preferían ese esquema.
2. Que los que no lo preferían no tenían ningún inconveniente en que se incluyera.
3. Que lo más importante era diferenciar la depresión grave de las restantes y que esto debía hacerse con base en los criterios de "depresión de nivel psicótico", clásicamente utilizados en el país.

Criterios de depresión grave

1. Hundimiento del estado de ánimo y anhedonia
2. Retardo psicomotor (o agitación evidente)
3. Disminución significativa de la vitalidad (anergia)
4. Discomunicación (falta de reacción afectiva a los sucesos externos, ensimismamiento)
5. Trastornos intensos de las necesidades vitales y hábitos (sueño, alimentación, pérdida marcada de peso, abandono evidente del aseo o atuendo personal, etc.)
6. Grave peligro suicida

Otros síntomas melancólicos y la presencia de manifestaciones tales como ideas delirantes y alucinaciones; aunque no son imprescindibles para el diagnóstico, lo refuerzan notablemente.

Hubo también consenso en retirar de los términos de inclusión de F32.0 y F32.1 el término de depresión reactiva, que tiene en Cuba una clara connotación exógena o situacional, para evitar confusión a la hora de codificar esos cuadros.

Queda claro que aquellas depresiones leves y moderadas atribuibles, fundamentalmente, a la influencia de factores externos adversos, deben ser codificadas en F43.20 ó F43.21.

Cuando la depresión sea de carácter grave, ésta se diagnosticará como depresión reactiva grave, y se codificará en F32.2 ó F32.3 según sus características, mediante el uso del 5to dígito .X3 "de carácter reactivo".

Aquellos clínicos que deseen continuar haciendo uso del diagnóstico de neurosis depresiva lo rubricarán en F34.1 Distimia, y emplearán la frase calificativa "con desarrollo neurótico", ejemplo F34.16 Distimia con desarrollo neurótico.

Sinonimia : Neurosis depresiva.

La ansiedad habitualmente acompaña a la depresión en nuestro medio y suele tener implicaciones terapéuticas y pronósticas. Cuando en un cuadro depresivo codificable en F30-F39 aparezcan manifestaciones de ansiedad que no satisfagan los criterios para su correspondiente registro en F4, pero que se consideren de interés, pueden ser recogidas en el enunciado.

Ejemplo:

F32.00 Episodio depresivo leve sin síntomas melancólicos con manifestaciones ansiosas.

Diagnóstico diferencial

Se establece con estados transitorios de tristeza (oscilación normal de la afectividad) con el duelo normal, con los trastornos del apetito y del sueño, del aprendizaje, del lenguaje, de ansiedad y conductuales, así como con las alteraciones del estado de ánimo debidas a: enfermedad somática, abuso o ingestión de sustancias psicoactivas, afecciones orgánicas, trastornos psicóticos, anorexia nerviosa, y con el dolor torácico o abdominal recurrente, entre otros.

F30 ESTADO DE EXALTACIÓN AFECTIVA (MANÍA E HIPOMANÍA)

No existe una línea divisoria clara entre la exaltación normal (en ciertas situaciones) del estado de ánimo y la hipomanía.

El modo de actuar, moverse y sentirse, así como la visión del mundo y de sí mismo de un sujeto que acaba de ganar una medalla olímpica, un ansiado premio, el amor del ser querido, o que simplemente ha logrado salir airoso de una difícil batalla con la muerte, serían considerados hipomaníacos fuera de ese contexto. De igual modo, puede razonarse respecto a la separación de la hipomanía y la manía.

Las manifestaciones hipertímicas son un espectro continuo, (de un extremo a otro), diferenciables más por razones cuantitativas que cualitativas, pero deben distinguirse, dos indicadores de importancia médica fundamental.

- a) Determinar cuando el estado eufórico de un paciente ha traspasado los límites de la normalidad y necesita tratamiento.
- b) Tener un criterio sobre el momento en que se ha perdido la capacidad para abstenerse de realizar acciones peligrosas o dañinas (para sí y los demás), ejercer su propia representación legal y asumir la responsabilidad de sus actos (imputabilidad de delitos, validez de ventas y compras, contraer matrimonio, divorciarse, testar, rechazar el ingreso hospitalario o la terapéutica, etc.).

Por lo tanto, en el GC-3 se hará una descripción general de los "estados hipertímicos" y se tendrá en cuenta que muchas de dichas características pueden oscilar entre una simple acentuación de un rasgo normal hasta una desviación extrema y se precisarán los criterios para establecer el juicio clínico con base en el nivel de funcionamiento (normal, hipomaniaco o maniaco).

Características de los estados de exaltación afectiva

Una alegría exagerada (o euforia) es probablemente el rasgo más llamativo en un sujeto hipertímico. Esa alegría, a diferencia de la euforia vacua de un paciente con esquizofrenia u organicidad cerebral, tiene un elevado poder de comunicación (alegría contagiosa) y es concordante con la situación (real o delirante) en que el paciente se siente inmerso.

Sus movimientos son ágiles y están aumentados, la expresión mímica y oral se incrementa y las manifestaciones de alegría (bailar, cantar, hablar en alta voz, risotadas estridentes, etc.) se exageran, cuando no es la disforia quien domina el estado de ánimo. La euforia es factible de convertirse en ira ante cualquier frustración u oposición a su conducta.

La vestimenta y el atuendo personal se modifican. Los cambios van desde un vestir algo provocativo (sobre todo en las mujeres) con un esmero en ese sentido, no habitual en el sujeto, y cierta sobrecarga de colores vivos, maquillajes y adornos un tanto subidos de tono o simplemente no usuales en él (ella), hasta una vestimenta soez y estrafalaria o francamente descuidada, cuando no ridícula.

La actitud en la entrevista médica (o cualquier otro tipo de contacto interpersonal) es de una cercanía inadecuada, marcada por la desinhibición y la falta de tacto. Pueden producirse frases o chistes fuera de tono, haber una actitud seductora (que oscila entre una refinada coquetería o insinuación más o menos fuera de lugar, hasta una grosera y desfachatada provocación u ofensa sexual); o tener lugar demostraciones desproporcionadas de estima y cariño, o por el contrario, de irascibilidad y agresividad manifiestas.

Hay un aumento de la atención pasiva, que en grados extremos puede interferir seriamente con la capacidad de atender de manera sostenida (o llevar hasta su culminación), las actividades, que son dejadas a medias, para emprender otras.

En los estados ligeros de exaltación, el resultado de las pruebas de inteligencia suele no afectarse, o incluso, mejorar debido a la gran fluidez del pensamiento y facilidad para establecer asociaciones, pero en la medida en que la intensidad aumenta, la incapacidad para concentrarse en las tareas afecta el rendimiento del sujeto.

La capacidad de valerse del raciocinio para modular y dirigir la conducta y evaluar su situación real, se altera dentro de un amplísimo rango, que va desde la imprudente (pero no disparatada) subvaloración de las dificultades e hipervaloración de sus capacidades y posibilidades, similar a la que puede por un tiempo acompañar a los estados afectivos

normales intensos (embriaguez, de alegría), hasta una falta de control total y la aceptación de ideas delirantes.

El flujo de ideas y la fluidez del pensamiento se encuentran aumentadas y puede observarse desde una locuacidad algo acentuada y un hablar un tanto más rápido que lo habitual, hasta una incontenible logorrea (con o sin fuga de ideas), que llega a lesionar las cuerdas vocales del paciente.

En el contenido del pensamiento puede apreciarse desde una cosmovisión irrealmente feliz y optimista, con tendencia a soñar despierto con dichas, logros y placeres, que se da por sentado ocurrirán en el futuro, hasta ideas delirantes, por lo general, de corte megalomaniaco, aunque pueden tener un contenido de daño o persecución, si predomina la disforia, o sus propósitos se ven frustrados.

Las percepciones pueden ser más vívidas, el mundo percibirse de un modo más bello y brillante, e incluso, producirse ilusiones y alucinaciones, por lo general, congruentes con el estado de ánimo.

La euforia (en ocasiones la disforia) domina el estado psíquico de la persona afectada (y es, al menos en parte, responsable de muchas de las restantes manifestaciones). Suele acompañarse de un marcado aumento de la vitalidad y sentimientos de bienestar, así como de un comportamiento hedonista.

Las relaciones del sujeto van a estar signadas por las características antes mencionadas. Una autovaloración "inflada". Una tendencia a desconocer o no tomar en consideración las necesidades, derechos y valores ajenos, es la regla.

Las manifestaciones son egosintónicas y no suele haber crítica alguna sobre lo infundado de sus convicciones, ni sobre las consecuencias de su comportamiento sobre sí mismo y otras personas. En casos extremos, un descuido de las necesidades básicas (sueño y alimentación, descanso, abrigo, etc.) y un comportamiento general de elevado riesgo, pueden poner en peligro la salud y la vida, sin que el paciente se percate de ello.

Algunos pacientes, tras brotes maniacos repetidos, pueden tener cierto grado de crítica sobre la naturaleza morbosa del cambio que se opera en ellos, pero aun así es difícil convencerlos de que acepten el tratamiento, y rara vez, acuden espontáneamente a solicitarlo. Este breve período en el que el paciente tiene cierta crítica de carácter morboso de sus síntomas, tiene lugar, sobre todo en la fase prodrómica e inicios del período de estado y facilita la aceptación por el paciente del tratamiento y el inicio precoz del mismo, por lo que una pronta identificación del trastorno resulta muy importante.

El sujeto suele volverse "confianzudo", falto de ética y tacto en sus relaciones con los demás, ser excesivamente afectivo o agresivo, vulnerar normas elementales de convivencia,

tener un comportamiento sexual abusivo, promiscuo, excesivo, incestuoso, o en general, inadecuado.

La presión del lenguaje, la hipertrofia del yo y su poca capacidad para mantener una atención adecuada hacen que muchas veces su comunicación se haga unidireccional, habla constantemente, sin permitir hacerlo (o interrumpe) a su interlocutor o lo deja "con la palabra en la boca", para atender a otras personas o situaciones. El paciente puede tener un lenguaje soez y obsceno, revelar intimidades propias o ajenas, hacer críticas o comentarios hirientes o cometer indiscreciones que podrían tener lamentables consecuencias.

Puede haber una dadivosidad exagerada. El paciente puede regalar, vender o comprar objetos de una manera festinada, emprender grandilocuentes o múltiples empresas, convertirse en el "hazmerreír" de quienes le rodean o tener accesos de ira y agresividad intensos.

La esfera de las necesidades experimenta cambios en dependencia del grado de euforia del sujeto, ciertos excesos (fumar o beber algo más de la cuenta por unos días, sacrificar el descanso y el sueño para "festejar", tener cierto incremento inusual de la actividad sexual o lúdica, por ejemplo) son compatibles con una reacción normal ante los acontecimientos felices, pero en las situaciones anormales las cosas van más allá, y como se dijo, pueden llegar a afectar la salud física del paciente.

El sujeto con hipertimia se siente pleno de energías, apenas necesita dormir y su hiperactividad e imposibilidad de ocuparse sostenidamente de una tarea, lo llevan a descuidar su alimentación y hábitos higiénicos, lo que unido a una actividad física exagerada e incontrolada, puede terminar por afectar su homeostasis, si la enfermedad no es corregida a tiempo.

Algunos pacientes con cuadros maníacos o depresivos tienen una forma típica de instalación del trastorno, que incluye un período prodrómico de síntomas menores o cambios conductuales. La aparición de dichas manifestaciones en un paciente en remisión debe ser codificada, como F30.X3 Manía o hipomanía en fase prodrómica.

F30.0 Hipomanía

Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de varias de las alteraciones descritas anteriormente.

El número e intensidad de los síntomas puede variar, pero éstos deben:

- 1) Evidenciar la presencia de:
 - a) una elevación claramente anormal del estado de ánimo (o disforia), al menos, por 4 días.
 - b) sentimiento de bienestar y plenitud de energía (vitalidad), autoestima hipertrofiada.

- c) desinhibición de la conducta.
 - d) aumento en la actividad del paciente, y en la celeridad de ésta.
 - e) aumento de la locuacidad y de la rapidez del habla.
 - f) aumento de la atención pasiva y disminución de la activa
 - g) disminución de las necesidades de sueño.
 - h) aumento del vigor sexual.
 - i) pequeñas dilapidaciones, dadivosidad exagerada, comportamiento ligeramente irresponsable, indiscreto o imprudente.
 - j) aumento de la sociabilidad o familiaridad exagerada (falta de “tacto”)
- 2) constituir un cambio significativo respecto al estado anterior y habitual del paciente, e interferir (de forma ligera o moderada) con su desempeño laboral, social o familiar (aunque no necesariamente con todos ellos); hechos que deben ser percibidos por otras personas.
- 3) El trastorno no alcanza un nivel psicótico de funcionamiento, según la definición de psicosis de este manual (ver capítulo introductorio).

El paciente podría funcionar bien, incluso mejor que lo habitual en alguna esfera, pero su funcionamiento globalmente evaluado está afectado y sus allegados suelen percibir la naturaleza morbosa del cambio.

- 4) Por último, para hacer ese diagnóstico, es necesario pesquisar otras causas psiquiátricas o médicas, que pudieran explicar los síntomas del paciente de un modo más satisfactorio, como otros estados afectivos, los trastornos orgánicos y derivados del abuso de sustancias psicoactivas, La esquizofrenia, los trastornos esquizoafectivos, las hipomanías de rebote; y (en la infancia) el déficit atencional con hiperactividad, etc.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

En la versión para investigaciones de la CIE-10 se exige que se satisfagan los criterios 1-a y 4 de estas pautas. Además, deben estar presentes, al menos, 3 de las manifestaciones descritas en los apartados comprendidos entre el d y el j del criterio 1 de las mismas.

Los indicadores del DSM-IV para la hipomanía son muy similares. Se exigen 4 síntomas (de la b a la j) en lugar de tres, si la afectividad es disfórica; y se añade a la lista de síntomas (de los cuales deben estar presentes 3 ó 4, según sea el caso): el aumento del flujo del pensamiento, el del número de actividades emprendidas con un propósito y un hedonismo excesivo e irresponsable.

No hay indicaciones precisas para codificar el comienzo de un trastorno afectivo con un brote hipomaniaco. Ese primer episodio hipomaniaco (sin antecedentes afectivos) podría codificarse en el DSM-IV dentro de los trastornos bipolares I, aunque carece de codificación específica, pues sólo hay rubros diagnósticos (códigos) para un primer episodio maniaco.

Diagnóstico diferencial

La historia natural de la enfermedad y los resultados de los exámenes complementarios, permitirán discernir si hay un trastorno psíquico o somático de base.

Una enfermedad somática puede precipitar un brote maníaco o hipomaníaco, coexistir casualmente con éste, o ser la consecuencia del modo de vivir del paciente. Al evaluar el significado de una enfermedad somática en un paciente con ese u otro trastorno del estado de ánimo, el clínico tendrá en cuenta la naturaleza de la afección, el orden de aparición respecto a los síntomas afectivos, los antecedentes del paciente y el grado de independencia evolutiva de uno y otro procesos.

Si se concluye que el cuadro afectivo es provocado por una enfermedad cerebral orgánica o sintomática, será codificado en la categoría F00-F09.

Iguales consideraciones caben respecto al consumo de sustancias psicoactivas, que también pueden ser la causa o consecuencia de la alteración afectiva o asociarse casualmente a ella. El diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo no será válido si los síntomas sólo están presentes durante el efecto de una sustancia psicoactiva o en el período de abstinencia.

Un cuadro hipomaníaco es prácticamente indistinguible de la fase hipertímica de una ciclotimia, pero los antecedentes de oscilaciones del talante con cuadros de exaltación y depresión alternantes, nos permitirán formular el diagnóstico de esta última.

Los trastornos disociativos, las reacciones ante el estrés agudo y las formas culturales específicas de expresar la afectividad, también deben ser tenidas en cuenta.

Cuando los cambios ocurridos en el paciente satisfagan los criterios de nivel psicótico de funcionamiento, el diagnóstico será el de manía (F30.1ó F31.8) o el de trastorno bipolar F31, según corresponda.

Manía

Para el diagnóstico de un cuadro maníaco se seguirán los mismos criterios que para el de hipomanía, y se exigirá, además, que el cuadro tenga un nivel psicótico de funcionamiento en el sentido en que es definido en este manual (pág.21).

El término síntomas psicóticos, utilizado por la CIE-10 en los enunciados de alguna de las siguientes categorías, será sustituido por: ideas delirantes y alucinaciones.

F30.1 Manía sin ideas delirantes ni alucinaciones

Se ubicarán aquí aquellos pacientes en los cuales las alteraciones afectivas tienen un nivel psicótico de funcionamiento y no se evidencian ideas delirantes ni alucinaciones. Las

alteraciones suelen ser menos graves en dichos pacientes, pero son lo suficientemente intensas como para que el sujeto no pueda evitar cometer acciones seriamente dañinas o peligrosas para otros o para sí; asumir la responsabilidad de sus actos; ni eludir caer en contravenciones ético morales de graves consecuencias para su reputación, desempeño socio-familiar o laboral y autoestima.

Diagnóstico diferencial

Es, en esencia, el mismo de F30.0

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes las manifestaciones exigidas para el diagnóstico de hipomanía, y ser (al menos algunas de ellas) de intensidad tal, que determinen un nivel psicótico de funcionamiento psicológico. No se presentan ideas delirantes ni alucinaciones.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Las pautas de investigación (CDI) de la CIE-10 son esencialmente las mismas que para la hipomanía, pero la exaltación afectiva debe ser lo bastante intensa como para requerir un ingreso y durar, al menos, una semana. Deben, además, presentarse tres de los síntomas típicos (de una lista de 9) de las exaltaciones afectivas.

Si el estado de ánimo es disfórico se requerirán 4 en vez de 3 de los síntomas descritos, los cuales tendrán una intensidad mucho mayor que en la hipomanía.

Por supuesto, no habrá ideas delirantes ni alucinaciones.

En el DSM-IV, existe una categoría única para incluir a los pacientes con manía, tengan o no ideas delirantes y (o) alucinaciones, cuya existencia o ausencia se consigna mediante el uso de quintos dígitos.

Los criterios generales de manía son esencialmente los mismos de la CIE-10.

Los pacientes afectados únicamente por un primer brote maníaco (sin antecedentes afectivos) y aquéllos con antecedentes de otros episodios maníacos, depresivos o mixtos, están englobados todos en el trastorno bipolar I, dentro de la gran categoría de trastornos bipolares, que incluye además el trastorno bipolar II, la ciclotimia y el trastorno bipolar SOE.

También, a través de quintos dígitos, se codifica la intensidad del trastorno y el estado "en remisión".

F30.2 Manía con ideas delirantes o alucinaciones

Se trata de un cuadro similar al descrito en F30.1 (generalmente con síntomas más floridos e intensos), en el que se presentan ideas delirantes o alucinaciones.

Si se considera necesario puede señalarse si dichos síntomas son congruentes con el estado de ánimo (F30.20 congruente - F30.21 no congruente).

Pautas para el diagnóstico

Similares a las de F30.1, más la presencia de ideas delirantes, alucinaciones (o de ambas), diferentes de las típicamente esquizofrénicas.

Estas pautas satisfacen los criterios diagnósticos para Investigaciones de la CIE-10.

Diagnóstico diferencial

Además de las posibilidades valoradas para F30.0 y F30.1, se precisa diferenciar el trastorno de otros, tales como la esquizofrenia y otros trastornos que evolucionan con ideas delirantes y alucinaciones y el trastorno esquizoafectivo, en el que coexisten alteraciones de la afectividad con ideas delirantes y alucinaciones.

F30.8 Otros episodios maníacos

F30.9 Episodio maníaco, no especificado

Incluye: Manía, no especificada.

F31 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

Se trata de un diagnóstico por definición recurrente, pues se requiere, al menos, la ocurrencia de un episodio con exaltación afectiva (hipomanía, manía o mixto) y otro con depresión (episodio depresivo o mixto).

La presencia de un único episodio mixto será rubricada en Otros Trastornos del estado de ánimo aislados F38.00 y aquellos pacientes que sólo presentan crisis maníacas o hipomaníacas (más de una) serán ubicados en Otros Trastornos del estado de ánimo recurrente F38.1.

El criterio de bipolaridad puede estar dado por la ocurrencia de 2 episodios aislados de signo contrario o por la evolución dentro de un mismo episodio de un estado maníaco a otro claramente depresivo (no mixto) y viceversa, pero siempre serán necesarios dos periodos de alteraciones afectivas, separadas y de signo contrario, para establecer el diagnóstico de un trastorno bipolar.

No se han registrado diferencias en la incidencia de este trastorno con relación a la raza o el sexo. El trastorno puede presentarse a cualquier edad, pero su evolución (especialmente la del componente depresivo), suele empeorar con la edad.

F31.0 Trastorno afectivo bipolar, episodio actual hipomaniaco

Pautas para el diagnóstico

- a) El episodio actual satisface las pautas de hipomanía (F30.0).
- b) Hay antecedentes de, al menos, un episodio depresivo o mixto.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Esas pautas satisfacen los criterios de investigación de la CIE-10.

En el DSM-IV se admite hacer dicho diagnóstico, incluso cuando ya no se satisfagan los requerimientos de una hipomanía, siempre y cuando el episodio próximo pasado haya sido de esa naturaleza, lo que es aplicable a todos los trastornos de carácter recurrente, pues se codifica el episodio actual o el más reciente.

Aquellos pacientes con antecedentes de otros episodios de carácter maniaco o mixto se codificarán en el DSM-IV dentro de los trastornos bipolares tipo I, independientemente de que, además, haya antecedentes de episodios depresivos, pero aquéllos en los cuales hay antecedentes de, al menos, un episodio depresivo y nunca han tenido uno maniaco o mixto, serán registrados en ese manual como trastornos bipolares tipo II.

Con iguales criterios, se ubicarán aquellos trastornos bipolares, cuyo último o actual episodio sea depresivo, o sea como trastorno bipolar tipo II si hay antecedentes de hipomanía, pero no de un episodio maniaco o mixto, y como bipolar tipo I, si ha habido, en el pasado, algún episodio maniaco o mixto.

Excluye: Episodios recurrentes de manía o hipomanía sin antecedentes de episodios depresivos o mixtos (Otros Trastornos Bipolares F31.8).

F31.1 Trastorno afectivo bipolar, episodio actual maniaco, sin ideas delirantes ni alucinaciones

Pautas para el diagnóstico

- a) El episodio actual satisface las pautas de manía sin ideas delirantes ni alucinaciones (F30.1).
- b) Hay antecedentes de, al menos, un episodio depresivo o mixto en el pasado.

F31.2 Trastorno afectivo bipolar, episodio actual maníaco, con ideas delirantes o alucinaciones

Pautas para el diagnóstico

- a) El episodio actual satisface las pautas de manía con ideas delirantes o alucinaciones (F30.2).
- b) Hay antecedentes de, al menos, un episodio depresivo o mixto.

Se puede especificar si las ideas delirantes y (o) alucinaciones del episodio actual son congruentes o no con el estado de ánimo (Ver F30.2)

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

Pautas para el diagnóstico

- a) El episodio actual satisface las pautas del episodio depresivo leve (F32.0) o moderado (F32.1).
- b) Hay antecedentes de, al menos, un episodio hipomaníaco, maníaco o mixto.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia de síntomas melancólicos en el episodio depresivo actual:

F31.30 Sin síntomas melancólicos.

F31.31 Con síntomas melancólicos.

F31.4 Trastorno afectivo bipolar, episodio actual depresivo grave sin ideas delirantes ni alucinaciones

Pautas para el diagnóstico

- a) El episodio actual satisface las pautas de episodio depresivo grave, sin ideas delirantes ni alucinaciones (F32.2).
- b) Hay antecedentes de, al menos, un episodio maníaco o mixto.

F31.5 Trastorno afectivo bipolar, episodio actual depresivo grave con ideas delirantes o alucinaciones

Pautas para el diagnóstico

- a) El episodio actual satisface las pautas de episodio depresivo grave, con ideas delirantes o alucinaciones.
- b) Hay antecedentes de, al menos un episodio hipomaníaco, maníaco, o mixto.

Se puede especificar si las ideas delirantes y las alucinaciones son congruentes o no con el estado de ánimo (Ver F30.2).

F31.6 Trastorno afectivo bipolar, episodio actual mixto

El paciente ha presentado con antelación, por lo menos, un episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto, y en la actualidad, tiene una mezcla o una sucesión rápida de síntomas maniacos o hipomaniacos y depresivos.

Pautas para el diagnóstico

A) El paciente presenta una mezcla o alternancia rápida (en horas) de síntomas de exaltación afectiva y depresivos.

B) Ambos tipos de síntomas se han presentado de manera relevante y consistente, al menos, por dos semanas.

C) Antecedentes evidentes de, al menos, un episodio codificable en F30, F32 o F38.00.

D) El cuadro clínico no puede ser mejor explicado por algún trastorno clasificable en otra sección de ese manual.

Nota: Esos requerimientos satisfacen los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 y los del DSM-IV.

Excluye: Episodio afectivo mixto aislado (F38.00)

F31.7 Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión

Las pautas de un trastorno bipolar han sido cumplidas en el pasado, pero, desde hace meses, el paciente no presenta síntomas que permitan diagnosticar un episodio afectivo de ningún tipo.

El uso de medicación preventiva no invalida el diagnóstico

F31.8 Otros trastornos afectivos bipolares.

F31.81 en fase prodrómica (maníaca)

F31.82 en fase prodrómica (depresiva)

Incluye: Trastorno bipolar de tipo II *

* Ese 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 porque 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 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 rubricar a aquellos pacientes que sólo presenten cuadros de manía o hipomanía u otra variante de bipolaridad no incluíble en los acápites anteriores de F31.

Los pacientes con episodios maniacos recurrentes (F31.8) que aquí se codifican, serían ubicados en el DSM-IV dentro del trastorno bipolar I.

Episodios maníacos recurrentes.

F31.9 Trastorno afectivo bipolar, no especificado

F32 EPISODIO DEPRESIVO

Las manifestaciones más características de las depresiones típicas son:

- a) Humor depresivo
- b) Anhedonia
- c) Disminución de la energía vital
- d) Discomunicación (cognitiva y afectiva) con el entorno.

Si bien en menor grado que las anteriores, resultan también relevantes alteraciones tales como:

- e) Fallas en las funciones de integración (atención y memoria)
- f) Sentimientos de minusvalía y de culpa
- g) Ideas y hasta actos suicidas
- h) Trastornos de las necesidades (sueño-apetito)

Las formas de expresión atípicas son también frecuentes y factores culturales, etéreos, etc. pueden dar lugar a que los síntomas antes expresados se encuentren enmascarados o simplemente implícitos en el cuadro clínico (ver introducción a esta categoría) (F3).

El diagnóstico en tales circunstancias suele requerir de experiencia y habilidad por parte del clínico, así como de un cuidadoso diagnóstico diferencial.

La existencia o no de un síndrome melancólico* debe también ser registrada.

Componentes del síndrome melancólico: cuatro o más de los siguientes síntomas:

1. Anhedonia
2. Discomunicación afectiva (falta de respuesta emocional ante situaciones que debieran evocarlas)
3. Despertar temprano (2 horas antes de lo habitual)
4. Empeoramiento matutino
5. Inhibición o agitación psicomotora objetivas
6. Anorexia intensa

* Se prefirió el término melancólico al de somático por identificarse este último como sinónimo de corporal, y porque en los cuadros depresivos hay síntomas como algias, constipación y prurito, por ejemplo, que son somáticos en el sentido de corporales, pero no en el de melancólicos.

7. Pérdida de peso marcada (5% o más del peso corporal)
8. Marcada disminución o ausencia de impulsos sexuales

Pautas para el diagnóstico

1. Se trata de un primer episodio afectivo, que cumple los requerimientos diagnósticos de un episodio depresivo de cualquier intensidad.
2. El episodio depresivo debe durar, al menos, dos semanas.
3. El cuadro clínico no es mejor explicable por un trastorno codificable en otra sección de este manual.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Esos criterios satisfacen los requerimientos diagnósticos de la CIE-10 de investigaciones.

Las versiones de la CIE-10 (uso clínico e investigaciones) no especifican el número de síntomas, que deben estar presentes para diagnosticar un episodio depresivo en general (lo desglosan según su intensidad).

En el DSM-IV se exige la presencia de 5 de los síntomas descritos anteriormente y que los mismos estén presentes durante casi todo el tiempo y casi todos los días. Uno de ellos, debe ser el humor depresivo o la pérdida del interés y la capacidad para disfrutar.

La intensidad (ligera, moderada o grave), la presencia de "síntomas psicóticos" y melancólicos, el estado de remisión y otros aspectos, se codifican en ese manual mediante el uso de quintos dígitos.

F32.0 Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico

- a) Se cumplen los criterios diagnósticos de episodio depresivo (F32).
- b) Deben estar presentes al menos, 6 de los síntomas descritos para F32, incluidos 2 de los tres primeros (a, b, c).
- c) Los síntomas estarán presentes por no menos de dos semanas.
- d) Los síntomas no serán de gran intensidad, ni marcadamente incapacitantes.

Se puede registrar la presencia de un síndrome melancólico a través de un quinto dígito.

F32.00 Sin síndromes melancólicos

F32.01 Con síndrome melancólico^{*}

^{*} Cuatro o más síntomas melancólicos, o sólo tres son intensos

Estos criterios son compatibles con los CDI (CIE-10) y los del DSM-IV.

F32.1 Episodio depresivo moderado

Se cumplen los criterios a, b y c del episodio depresivo leve y además, varios de los síntomas son intensos, o el número total de ellos excede claramente a seis.

El grado de interferencia del trastorno con el desenvolvimiento del paciente es intermedio entre F32.0 y F32.2.

Se puede utilizar un quinto carácter, para especificar la presencia de un síndrome melancólico.

F32.10 Sin síndrome melancólico.

F32.11 Con síndrome melancólico.

F32.2 Episodio depresivo grave sin ideas delirantes ni alucinaciones.

A) Se cumplen las pautas del Episodio depresivo F32.

B) Están presentes, por lo menos, tres de las 6 características siguientes:

1. Grave abatimiento del estado de ánimo **
2. Disminución marcada de la vitalidad
3. Retardo o agitación psicomotriz intensas
4. Falta de reactividad a los sucesos externos
5. Profundas alteraciones en los hábitos y necesidades vitales (sueño, alimentación, aseo y atuendo personal, etc.)
6. Grave riesgo suicida

C) El paciente se encuentra incapacitado para satisfacer las demandas habituales de la vida cotidiana y necesita de estrecha supervisión

D) No se presentan ideas delirantes ni alucinaciones.

Estos criterios son, en esencia, compatibles con los CDI (CIE-10) y con los del DSM-IV, aunque dichos manuales son más específicos (detallan más los síntomas que deben estar presentes).

** Se da por sentado la presencia de anhedonia y además, el cuadro clínico se acompañará de muchos de los síntomas depresivos descritos (incluyendo los de tipo melancólico) en F32.

Cuando se considere que el episodio es de carácter reactivo, esto se hará constar en el enunciado y se codificará con un quinto dígito. Ej.:

F32.23 Episodio depresivo grave (reactivo) sin ideas delirantes ni alucinaciones.

F32.3 Episodio depresivo grave con ideas delirantes o alucinaciones

A) Se cumplen los requerimientos diagnósticos del episodio depresivo grave sin ideas delirantes, ni alucinaciones (F32.2) menos el D

B) Se presentan ideas delirantes, alucinaciones o ambas.

En la CIE-10 y en el DSM-IV se admite, también, el estupor depresivo como parte del criterio B.

F32.33 De carácter reactivo

F32.8 Otros episodios depresivos

Se deben incluir aquí los síndromes que, aunque satisfacen los criterios de F32, no reúnan las características de los episodios depresivos antes señalados

Incluye: Depresión atípica.

Episodios aislados de depresión “enmascarada”, no especificado.

F32.9 Episodio depresivo, no especificado

Incluye: Depresión, no especificada.

Trastorno depresivo, no especificado.

F33 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE

Este trastorno está definido por la ocurrencia de más de un episodio depresivo independiente y la ausencia de cuadros maníacos o hipomaníacos*. Es necesario un período de, al menos, 6 meses sin síntomas que cumplan los requerimientos diagnósticos de un episodio depresivo entre un episodio y otro para considerarlos independientes.

El comienzo y evolución del trastorno es muy variable, suele aparecer a mediados de la vida, pero puede hacerlo desde edades tempranas hasta la vejez.

Determinados pacientes tienen unos pocos brotes durante su vida, otros varios períodos de episodios sucesivos, y algunos, sufren de numerosos períodos de depresión a través la mayor parte de su existencia.

* La ocurrencia de ligeros estados de exaltación afectiva, consecutivos a la medicación antidepresiva o de carácter sintomático (ver síndromes de paso) no invalida el diagnóstico.

La recuperación de un episodio puede ser completa o parcial (indicadora de mal pronóstico).

El pronóstico del trastorno tiende a ensombrecerse con el envejecimiento y en algunos pacientes se cronifica la depresión.

Se ha señalado la ocurrencia de eventos psicotraumatizantes asociados al inicio de los episodios (especialmente los primeros).

La duración de cada episodio suele ser de alrededor de 6 meses, pero una cantidad sustancial de pacientes están aun sintomáticos después de un año, aunque no siempre los síntomas satisfacen los requisitos de un episodio depresivo.

La aparición de un síndrome maníaco o hipomaníaco (cambiar en ese caso el diagnóstico por el de trastorno bipolar), puede ocurrir en cualquier momento y es impredecible. El inicio del trastorno en la juventud, de manera aguda y grave, así como los antecedentes familiares de manía o hipomanía aumentan esta posibilidad.

El trastorno es más frecuente en el sexo femenino y en los familiares cercanos de quienes lo padecen y suele asociarse a una amplia gama de antecedentes familiares y personales de trastornos mentales, por lo que se hace necesario poner énfasis en el diagnóstico diferencial.

Incluye: Episodios recurrentes de Depresión (endógena, psicógena, mayor, psicótica, vital o SAI), psicosis maníaco depresiva de forma depresiva.

Excluye: Episodios depresivos breves recurrentes (F38.1)

Pautas para el diagnóstico

- A) El cuadro clínico actual satisface los criterios de un episodio depresivo (F32), excepto el de no tener antecedentes afectivos.
- B) Ha habido, al menos, otro episodio depresivo.
- C) Dos (al menos) de los episodios sufridos por el paciente, (incluido el actual), han estado separados por un período de, al menos, 6 meses en que no se han presentado síntomas que satisfagan los requerimientos diagnósticos de episodio depresivo.
- D) Nunca se han satisfecho los requerimientos diagnósticos de manía o hipomanía, aunque breves estados de exaltación afectiva, de características no suficientes para satisfacer las pautas de alguno de esos trastornos, pueden haber aparecido tras la remisión de un estado depresivo.
- E) La posibilidad de que los síntomas sean causados por otro trastorno codificable en sí mismo (abuso de sustancias, psicosis sintomática, etc.) puede ser racionalmente excluida.

Estos criterios satisfacen los CDI de la CIE-10. En el DSM-IV se exigen sólo 2 meses en el criterio C.

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve*

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado*

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave, sin ideas delirantes ni alucinaciones

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave, con ideas delirantes o alucinaciones

Las alucinaciones e ideas delirantes pueden dividirse entre congruentes y no congruentes con el estado de ánimo:

F33.30 Congruentes con el estado de ánimo.

F33.31 No congruentes con el estado de ánimo.

F33.4 Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión

Pautas para el diagnóstico

A) Han sido cumplidos en el pasado los criterios diagnósticos de un episodio depresivo recurrente.

B) Desde hace al menos un mes, el paciente no presenta síntomas que satisfagan los criterios diagnósticos de ningún trastorno afectivo (F30-F39).

El estar recibiendo tratamiento específico no invalida el diagnóstico.

En los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 no se fija ninguna duración del período mencionado en B, y en el DSM-IV dicho lapso es de 2 meses.

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes, especificados

F33.81 Trastorno depresivo recurrente en fase prodrómica

F33.9 Trastorno depresivo recurrente, no especificado

Incluye: Depresión monopolar, no especificada.

En todas las subcategorías precedentes, el tipo de episodio predominante puede ser señalado si se desea.

* Puede utilizarse un quinto carácter, para especificar la presencia de un síndrome melancólico en el episodio actual:

F33.X0 Sin síndrome melancólico (ver F32.00).

F33.X1 Con síndrome melancólico (ver F32.01).

F34 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO PROLONGADOS

Estos trastornos se caracterizan por su larga duración (años) a veces, la mayor parte de la vida. Son de carácter fluctuante y rara vez lo suficientemente intensos como para poder justificar el diagnóstico de hipomanía o de episodio depresivo leve, aunque un trastorno afectivo de cualquier polaridad o intensidad puede injertarse en su evolución.

Debido a que los períodos sintomáticos cubren una mayoría significativa del tiempo pueden provocar un grado importante de sufrimiento y limitaciones a los pacientes.

F34.0 Ciclotimia

Se trata de un trastorno que suele aparecer durante la adolescencia o primeros años de la adultez, que se instala insidiosamente y evoluciona por años. Se caracteriza por la sucesiva alternancia de lapsos hipertímicos e hipotímicos con las características descritas en F34.

Este trastorno es relativamente poco frecuente. Está relacionado con los trastornos bipolares (igual frecuencia en los dos sexos, mayor riesgo de padecer un trastorno bipolar en el futuro y antecedentes familiares de trastornos bipolares).

Esa categoría se corresponde, en términos generales, con los trastornos afectivos de personalidad (cat.301.1 de la CIE-9) . La versión cubana de esa revisión (GC2) utiliza el término 301.1 Personalidad afectiva e incluye en ella a pacientes que se caracterizan por un predominio, a través de toda la vida, de "un marcado estado afectivo, que puede ser persistentemente depresivo, persistentemente exaltado y eufórico, o alternante..."

Por lo tanto, dentro del concepto de personalidad afectiva (GC-2) habrá pacientes (con personalidad depresiva) que nunca han presentado exaltación afectiva, y que en la 10^{ma} revisión, estarían mejor ubicados dentro de la distimia (F34.1) o en las categorías F34.8, F34.9 o F39.

Si el cuadro clínico se ha caracterizado sólo por períodos de exaltación afectiva, sin estado depresivo alguno entre ellos, la ubicación más correcta estaría dentro de los trastornos bipolares (F31.8), si se ha satisfecho alguna vez el criterio de hipomanía (ver más adelante Pautas para el diagnóstico).

Por lo tanto, esa categoría queda exclusivamente para la ubicación de aquellos cuadros clínicos caracterizados por períodos de exaltación y depresión afectivas (ambos inclusive).

Pautas para el diagnóstico

- A) Aparición por no menos de 2 años de un cuadro sintomático como el descrito en la introducción a esta subcategoría.
- B) Durante ese período no han sido nunca satisfechos los requerimientos diagnósticos de una manía, ni de un episodio depresivo moderado o grave (la ocurrencia de un cuadro afectivo mayor antes o después no excluye el diagnóstico).
- C) Durante las fases de hipertimia y depresión deben estar presentes, al menos, 3 de los síntomas que les son característicos.
- D) El trastorno causa un sufrimiento (o disfunción social) significativo, y ocupa una parte sustancial de la vida del paciente.
- E) Otras posibles causas del trastorno han podido ser excluidas.

Estos criterios son, en esencia, compatibles con los de la versión para investigaciones de la CIE-10 (CDI) y los del DSM-IV. La primera detalla más el criterio C, para ambas fases y enumera los síntomas (de los cuales tres deben estar presentes). No precisa límites para los períodos asintomáticos, ni exige explícitamente que el trastorno ocupe una parte sustancial de la vida del paciente, ni que interfiera significativamente con su desempeño social y personal.

En el DSM-IV se reduce el período de 2 años a 1 para niños y adolescentes. Se exige que ninguna fase depresiva satisfaga los criterios diagnósticos de un episodio depresivo (incluso el leve) y explícitamente establece el carácter hipomaniaco de los lapsos de exaltación afectiva.

Durante ese período, de 1 ó 2 años (según la edad) no habrá un lapso sin síntomas afectivos mayor de 2 meses.

Al igual que en la CIE-10, se exige en él que no ocurran episodios depresivos o maníacos durante esos 1 ó 2 años y se admite que puedan ocurrir después (pero no antes).

Incluye: Personalidad (trastorno de)

- cicloide
- ciclotímico

Excluye: Personalidad (trastorno de) afectivo de tipo:

- hipertímica
- hipotímica
- depresiva

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial implica descartar cuidadosamente una serie de trastornos del estado de ánimo, (como la distimia y los trastornos bipolares) con los cuales guarda estrecha relación y no raramente se solapa.

También los trastornos orgánicos, y sobre todo los sintomáticos, deben ser cuidadosamente investigados.

El consumo de sustancias psicoactivas se asocia frecuentemente a la ciclotimia, y cuando esto ocurre es preciso determinar la naturaleza primaria o secundaria (al consumo de drogas) de los síntomas.

F34.1 Distimia

Se trata de un trastorno caracterizado por un hundimiento del estado de ánimo, de larga duración, que no es la consecuencia de situaciones estresantes actuales, aunque éstas pudieran influir en su aparición y evolución.

El trastorno evoluciona durante años, durante los cuales el paciente se siente mal la mayor parte del tiempo, aunque breves períodos de remisión total o parcial pueden ocurrir.

Los síntomas son los de un síndrome que, como norma general, no llega a cumplir los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo.

Se han señalado como características de este trastorno una cierta resignación o aceptación de la imposibilidad de vencerlo, los trastornos de las necesidades vitales (sueño, apetito), un empobrecimiento de la energía conativa y de la atención activa, así como una pobre autoestima. La ocurrencia de episodios maníacos o hipomaníacos es incompatible con este diagnóstico.

Esta entidad está muy relacionada con la neurosis depresiva (300.4 de la CIE-9). Los estudios cruzados realizados en Cuba evidencian que ambos diagnósticos se solapan ampliamente, pero no hay una coincidencia total entre ellos.

Aquellos clínicos que deseen formular el diagnóstico de neurosis depresiva (300.4 CIE-9) lo harán aquí mediante el uso de la frase calificativa “con desarrollo” neurótico (F34.16 “Distimia con desarrollo neurótico” – “Neurosis depresiva”).

No obstante, se sugiere que este diagnóstico se reserve para los pacientes que se reúnen las siguientes condiciones:

- A) Se cumplen las pautas diagnósticas de una distimia.
- B) Se identifica un número importante de mecanismos y necesidades psicológicas morbosas.
- C) Es evidente que los hallazgos anteriores desempeñan una función importante en el mal funcionamiento del paciente.
- D) El comportamiento neurótico constituye una manera de ser persistente y no se limita a los períodos sintomáticos del trastorno.

También puede señalarse si el inicio del trastorno fue temprano (adolescencia o inicio de la adultez) o tardío de la siguiente manera:

Distimia de inicio temprano F34.10

Distimia de inicio tardío F34.11

Pautas para el diagnóstico

- A) Presencia de un cuadro depresivo como el descrito durante, al menos, 2 años, durante los cuales el paciente se ha sentido mal la mayor parte del tiempo
- B) Durante ese período nunca han sido satisfechos los criterios de un episodio afectivo único o recurrente de ningún tipo.
- C) Presencia consistente durante la mayor parte del tiempo de tres o más síntomas depresivos (ver episodio depresivo F32), de los cuales, al menos dos, deben ser de aquellos identificados como “característicos” en la introducción de dicha categoría.
- D) El síndrome no forma parte de otro mayor codificable en sí mismo.
- E) Otros posibles diagnósticos fuera y dentro de esta categoría pueden ser razonablemente excluidos.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estos criterios son compatibles con los de investigación de la CIE-10. Los criterios del DSM-IV son muy similares, pero se señala en él, que en niños, el período sintomático puede reducirse a 1 año y el humor ser irritable. Se exige explícitamente en sus pautas la necesidad de que nunca haya existido un síndrome hipertímico codificable de ninguna índole (trastornos bipolares I o II, ni ciclotimia) y que un lapso totalmente asintomático de al menos dos meses separe el fin del episodio depresivo próximo pasado (si hubiese tal antecedente) del inicio del trastorno distímico. Durante el período sintomático exigido (como mínimo) para hacer dicho diagnóstico, no se admiten lapsos asintomáticos mayores de dos meses.

Incluye: Neurosis depresiva (F34.16)

Trastornos de personalidad tipo depresivo.

Depresión neurótica (de más de dos años de duración).

Excluye: Duelo patológico, (F43.21, reacción depresiva prolongada).

F34.8 Otros trastornos del estado de ánimo prolongados, especificados

F34.9 Trastorno prolongado del estado de ánimo, no especificados

F38 OTROS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

F38.0 Otros trastornos del estado de ánimo, aislados.

F38.00 Episodio de trastorno del estado de ánimo mixto.

- A) Se cumplen los criterios sintomáticos de un trastorno bipolar episodio actual mixto (F31.6)
- B) No hay antecedentes depresivos o hipertímicos de consideración.

Esos criterios satisfacen los requerimientos de los CDI. En el DSM-IV se registra esta entidad dentro del episodio maníaco único, o sea, se diagnosticaría este último, y se especificará que satisface los criterios de un episodio mixto.

F38.1 Otros trastornos del estado de ánimo, recurrentes

F38.10 Trastorno depresivo breve recurrente.

- A) Repetición frecuente (mensualmente al menos) durante un mínimo de un año de episodios que satisfacen los criterios de un episodio depresivo de cualquier intensidad excepto en que duran menos de 14 días.
- B) No ocurren exclusivamente en asociación con el ciclo menstrual.

F38.8 Otros trastornos del estado de ánimo, especificados

F39 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO, NO ESPECIFICADOS

Incluye: Psicosis afectiva, no especificada.

Excluye: Trastorno mental, no especificado (F99).

**F40-F48 TRASTORNOS NEUROTICOS, SECUNDARIOS A
SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS.**

INDICE DE ESTA SECCION

F40-F48 - Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos ((Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos))

F40 - Trastorno de ansiedad fóbica ((Trastorno 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 de ansiedad fóbica, especificados
((Otros trastornos fóbicos de ansiedad))

F40.9 - Trastorno de ansiedad fóbica, no especificado
((Trastorno fóbico de ansiedad, no especificado))

F41 - Otros trastornos de ansiedad

F41.0 - Trastornos de pánico [ansiedad paroxística episódica]

F41.1 - Trastorno de ansiedad generalizada

F41.2 - Trastorno mixto de ansiedad y depresión

F41.20-Con manifestaciones ansioso-depresivas mínimas

F41.21-Con manifestaciones ansioso-depresivas ligeras

F41.3 - Otros trastornos de ansiedad mixtos

F41.8 - Otros trastornos de ansiedad, especificados.

F41.9 - Trastorno de ansiedad, no especificado

F42 - Trastorno obsesivo-compulsivo

F42.0 - Con predominio de pensamientos 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, especificados
((Otros trastornos obsesivo-compulsivos))

F42.9 - Trastorno obsesivo-compulsivo, no especificado

F43 - Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación

F43.0 - Reacción al estrés agudo

.00 Leve

.01 Moderada

.02 Grave

F43.1 - Trastorno de estrés postraumático

F43.2 - Trastornos de adaptación

F43.8 - Otras reacciones al estrés grave, especificadas

F43.9 - Reacción al estrés grave, no especificada

F44 - Trastorno disociativo [de conversión]

F44.0 - Amnesia disociativa

F44.1 - Fuga disociativa

F44.2 - Estupor disociativo

F44.3 - Trastorno de trance y de posesión

F44.4 - Trastorno disociativo de los movimientos
((Trastorno disociativo del movimiento))

F44.5 - Convulsiones disociativas

F44.6 - Anestesia y otras alteraciones sensoriales, disociativas.
((Anestesia disociativa y pérdida sensorial))

F44.7 - Trastorno disociativos [de conversión], mixtos.
((Trastorno disociativos mixtos [y de conversión]))

F44.8 - Otros trastornos disociativo [de conversión], especificados.
((Otros trastornos disociativos [de conversión]))

.80 *Síndrome de Ganser*

.81 *Trastorno de personalidad múltiple*

.82 *Trastorno disociativo (de conversión) transitorios de la infancia y la adolescencia*

.88 *Otro trastorno disociativo (de conversión), no especificado*

F44.9 - Trastorno disociativo [de conversión], no especificado.

F45 - Trastornos somatomorfos

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 *Otra disfunción vegetativa somatomorfa*

F45.4 - Trastorno de dolor persistente somatomorfo.

F45.8 - Otros trastornos somatomorfos, especificados.

F45.9 - Trastorno somatomorfo, no especificado.

F48 - Otros trastornos neuróticos

F48.0 - Neurastenia.

F48.1 - Síndrome de despersonalización-desrealización.
((Síndrome de despersonalización y desvinculación de la realidad))

F48.8 - Otros trastornos neuróticos, especificados

F48.9 - Trastorno neurótico, no especificado.

La frase calificativa .X6 con desarrollo neurótico (neurosis), puede ser usada cuando quiera hacerse el diagnóstico de neurosis en cualquiera de las categorías precedentes excepto F43.

F40-F48 TRASTORNOS NEURÓTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS.

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 rubrican 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.(ver más adelante)

Al igual que se recomendó 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 cubanos, 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 cubanos emplean ese concepto es más estrecho que el usado en la CIE-10, para trazar las pautas diagnósticas de dichas subcategorías (ver en introducción desarrollo neurótico) 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.

Con el fin de poder identificar a esos pacientes (con neurosis), se utilizará la frase calificativa F4X.X6 con desarrollo neurótico.

Ejemplos:

F42.06 neurosis obsesivo compulsiva con predominio de pensamientos obsesivos
F42.26 trastorno obsesivo compulsivo con mezcla de pensamientos y actos obsesivos y desarrollo neurótico
F42.96 neurosis obsesivo compulsiva SAI

F40 TRASTORNOS DE ANSIEDAD FÓBICA

Estos trastornos se caracterizan por un “miedo” irracional y con crítica ante objetos o situaciones específicas, así como por una conducta de evitación y una actitud expectante ante el temor a que se presente el objeto o situación temida. Los síntomas pueden ir desde una ligera ansiedad hasta un ataque de pánico.

En la CIE-10 se exige que este objeto o situación sea externo por lo que se excluyen de esta categoría la nosofobia y la dismorfofobia.

Fenómenos de carácter fóbico, o aparentemente fóbico, suelen asociarse con otros trastornos codificables en este manual. En tal caso, el clínico deberá decidir si uno es consecuencia del otro, o si se justifica el uso de un doble diagnóstico.

La presencia o no de un estado de pánico puede ser reflejado mediante el uso de quintos dígitos:

F40.X0 Sin trastorno de pánico
F40.X1 Con trastorno de pánico

F40.0 Agorafobia

Se incluirán aquí los temores fóbicos a una serie de situaciones, como los lugares abiertos, o aquellos en los que el paciente se sienta desprotegido (dificultad para refugiarse en un “lugar seguro o escapar”) las multitudes, los grandes establecimientos, medios de transporte, etc.

El grado de limitación que produce el trastorno es variable. Ciertos pacientes pueden enfrentar estas situaciones de manera limitada y con gran sufrimiento; algunos pueden soportarla si están acompañados; y para otros, resulta imposible hacerlo en cualquier circunstancia.

Pautas para el diagnóstico

- a) Crisis de ansiedad con crítica (puede faltar en los niños) ante situaciones como las referidas anteriormente, suficientemente intensas o frecuentes como para causar malestar y limitaciones significativas a los pacientes.
- b) Conducta de evitación o comportamientos contrafóbicos.
- c) Las manifestaciones no forman parte de un trastorno más amplio, ni pueden ser mejor explicada por otra entidad codificable *ad hoc*.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

En los criterios de investigación de la CIE-10 se señala específicamente qué síntomas deben aparecer. Los restantes criterios son compatibles con los de este manual.

En el DSM-IV no se hace una lista de síntomas específicos, pero se exige la presencia de ansiedad en lugares o situaciones de las que es difícil "escapar" o ser ayudado en caso de presentarse síntomas de pánico.

Contrariamente a la CIE-10, en el DSM-IV, cuando concomitan síntomas fóbicos y de pánico, no se pone el acento en los primeros y se dividen los ataques de pánico en subcategorías independientes, según se acompañen o no de agorafobia y viceversa.

La agorafobia no es un diagnóstico codificable en sí mismo en ese manual, aunque si puede ser un componente esencial de otras entidades codificables (crisis de pánico con agorafobia y agorafobia sin antecedentes de ataques de pánico).

F40.1 Fobias sociales

Esta subcategoría se diferencia de la agorafobia en que aquí el miedo gira en torno a la interacción con otras personas. Puede ser muy específico (hablar o comer en público, por ejemplo) o abarcar un espectro tan amplio de las relaciones sociales, que lleve al paciente a un marcado aislamiento.

Pautas para el diagnóstico

- A) Temor irracional con crítica a las situaciones de interacción (hablar en público, por ejemplo), con otras personas (no familiares), con conducta de evitación a dichas situaciones, o marcada ansiedad, si tiene que enfrentarlas.

- B) Las manifestaciones descritas en “A” son causa de marcado distrés, o de limitaciones sociales importantes.
- C) Los síntomas se limitan al tipo de situación descrita en “A”
- D) Otras posibles causas del trastorno pueden ser excluidas.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estas pautas se basan en los mismos principios que aparecen en los CDI (CIE-10) y en el DSM-IV.

En los CDI, se detallan más las situaciones inductoras de fobias y los síntomas (se exigen la presencia de al menos dos de los síntomas característicos de F40.0, asociados a ruborización, miedo a vomitar o deseos imperiosos de orinar o defecar).

En el DSM-IV se exige, en menores de 18 años, una duración no menor de 6 meses.

Se describen las variaciones sintomáticas del trastorno en los niños, y se aclara que, en ellos, la crítica sobre el carácter irracional de los síntomas puede faltar.

Diagnóstico diferencial

Además del resto de los trastornos de ansiedad fóbica, hay que tener presente toda una serie de trastornos que pueden llevar a una evitación de las relaciones interpersonales, como los depresivos, aquéllos en los que hay ideas delirantes y los trastornos de personalidad, especialmente las personalidades esquizoide, paranoide, y ansiosa, con conducta de evitación.

La timidez puede ser difícil de diferenciar de la fobia social, especialmente en la niñez; etapa en la que también hay que tomar en consideración la ansiedad de separación y los trastornos generalizados del desarrollo.

Un elemento fundamental en el diagnóstico diferencial es el hecho de que el paciente se percata de que el temor no tiene una base racional, o resulta claramente exagerado, en caso contrario (excepto en los niños), el diagnóstico probablemente debe ser otro, por ejemplo: si tiene como base una idea delirante, o solamente ocurre cuando la situación que se debe enfrentar es percibida por el paciente como posible inductora de un fracaso o de hacer el ridículo (frente a un examen oral, sólo cuando no se está bien preparado para aprobarlo o comer en público, exclusivamente si debe observar normas de etiqueta que no domina).

Tampoco será correcto el diagnóstico de fobia social si el temor se limita a las consecuencias derivadas de otro trastorno codificable como un síndrome de Gilles de Tourette, un temblor de causa neurológica, o una enuresis, encopresis o tartamudez, por ejemplo.

Incluye: Taijin Kyofusho.

F40.2 Fobias específicas (aisladas)

Se ubicarán aquí las fobias restringidas a situaciones u objetos muy específicos, tales como determinados animales, las alturas, los truenos, la oscuridad, la electricidad, los aviones, los espacios cerrados, etc.

La existencia de crítica sobre lo irracional del temor puede enmascarse. 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, etc. Ser "alérgicos" a determinado animal, vegetal u objeto es otra argucia frecuentemente empleada.

Otros, avergonzados de lo que puede constituir una "ofensa a su hombría", hiperbolizan la existencia de posibilidades riesgosas, más teóricas que reales (un tigre puede soltarse en un zoológico, un perro morder, o un avión caerse), que no producen conductas de evitación ni ansiedad anormal en la mayoría de las personas de su entorno.

Una actitud "contrafóbica" puede también producirse, con un acercamiento tenso y frecuentemente impulsivo, destructivo y exageradamente intenso al objeto fóbico, que lleva, en ocasiones, a golpear, por ejemplo, a una cucaracha con tal violencia (o con el uso de tales instrumentos), que parecería que el sujeto enfrentara a un poderoso enemigo.

F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica, especificados

F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica, no especificado

Incluye: fobia sin especificar y estado fóbico sin especificar.

F41 OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Son trastornos en los que el síntoma principal es la presencia de ansiedad, no limitada a ningún contexto ambiental específico. También pueden presentarse otros síntomas, siempre que los mismos no dominen el cuadro clínico.

F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

Este trastorno se caracteriza por la ocurrencia de crisis de ansiedad sobreaguda recurrentes (más de 1 en un mes), no relacionadas con una situación fóbica, un peligro real (o de carácter delirante), ni ninguna otra circunstancia específica.

La aparición de los ataques de pánico, de forma inesperada e impredecible es condición obligada para el diagnóstico. No obstante, una vez ocurrido el episodio, el paciente puede experimentar miedo a que se repita en la circunstancia en que tuvo lugar (incluso el

exponerse a ella puede facilitar la ocurrencia de un nuevo ataque) y desarrollar una conducta de evitación hacia tal circunstancia.

Por otra parte, el temor a las consecuencias que podría tener un nuevo ataque (vergüenza, desorganizarse en público, sufrir un accidente, o perder prestigio o ser despedido de su empleo, por ejemplo) puede menoscabar seriamente su nivel de relaciones sociales, hasta llegar a confinarlo en la casa.

En tales circunstancias el diagnóstico diferencial con una fobia (social, específica o agorafobia) puede ser difícil. El hecho de que el ataque de pánico ha precedido y causado el temor a enfrentar estas circunstancias, y la presentación del trastorno de manera impredecible, fuera de todo contexto específico, permitirán el diagnóstico, pero si éste sólo ocurre en un contexto fóbico, el diagnóstico será el del tipo de fobia correspondiente, y se señalará mediante un quinto dígito la presencia del ataque de pánico.

El inicio es brusco (segundos) y su duración breve (pocos minutos), sus patrones evolutivos son muy variables, y la presencia de estados de ansiedad subagudos, similares, pero menos intensos que un ataque de pánico, es frecuente.

Los síntomas pueden ser muy variables. Entre ellos el miedo a desvanecerse, perder el control de sí mismo, enloquecer, e incluso morir, así como un impulso intenso e impreciso de “escapar”, que puede llevar a una conducta desorganizada. También resulta típica una “tormenta vegetativa” con palpitaciones y taquicardia, escalofríos, sacudidas musculares y xerostomía.

Otros síntomas, como dificultades respiratorias, opresión en el pecho, dolores o malestares en el tronco, parestesias, etc. son también frecuentes.

El temor a la repetición del ataque, a sus consecuencias y posibles causas, suele ser motivo de preocupación, de alteraciones comportamentales y de una tendencia a la hipocondría.

Pautas para el diagnóstico

- 1) Presencia repetida (al menos 2 en un mes) de un cuadro clínico como el antes descrito.
- 2) Durante los ataques deben estar presentes las características típicas ya descritas, y cuatro o más de los síntomas más arriba mencionados, incluyendo al menos, uno de carácter vegetativo, y preferiblemente, también uno de los relacionados con el miedo a perder el conocimiento, el control, la cordura o la vida y la necesidad imprecisa de huir y sus consecuencias.
- 3) El trastorno ha ocurrido más de una vez fuera de un contexto fóbico.
- 4) Es causa de gran sufrimiento, impedimento o de preocupaciones acerca de la enfermedad, su naturaleza y sus consecuencias.
- 5) Otras posibles causas del cuadro clínico pueden ser razonablemente excluidas.

La gravedad del trastorno puede codificarse de la siguiente forma:

F41.00: Moderado (4 ataques en 2 semanas)

F41.01: Grave (4 ataques por semana durante al menos dos semanas)

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estos requerimientos son compatibles con los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10.

El ataque de pánico no es un trastorno codificable en el DSM-IV, pero su ocurrencia es fundamental para el diagnóstico de ciertos trastornos (ataque de pánico con agorafobia y trastorno de pánico sin agorafobia). Esta categoría de la CIE-10 "trastorno de pánico" F41.0 se corresponde con la de trastorno de pánico sin agorafobia del DSM-IV.

Al igual que en la CIE-10, en este manual, se exige la presencia de cuatro síntomas (los mismos contenidos en los CDI), pero sin enfatizar el valor de ninguno en particular.

También se exige, explícitamente, que los ataques de pánico deben ser recurrentes e inesperados, y por lo menos, después de uno de ellos se ha presentado (por un mes o más) preocupación por tener futuros ataques, por las implicaciones del ataque y sus consecuencias o un cambio significativo con el comportamiento relacionado en el ataque.

Diagnóstico diferencial

Además de los trastornos fóbicos con ataques de pánico, esta entidad debe diferenciarse de las psicosis de inicio agudo (esquizofrenia aguda indiferenciada, psicosis transitorias, orgánicas, etc.), así como de las reacciones a estrés agudo, los trastornos disociativos, y las depresiones, con las cuales se asocian frecuentemente.

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Es un trastorno caracterizado por la presencia, durante la mayor parte del tiempo (en un lapso no menor de 6 meses), de síntomas de ansiedad, suficientemente intensos como para producir un marcado sufrimiento, o interferir significativamente con el desenvolvimiento personal y social del paciente.

Se trata de una ansiedad flotante, que no se circunscribe a ninguna situación en particular, cuya expresión sintomática suele ser florida y variada.

El cuadro clínico está dominado por las manifestaciones ansiosas y las preocupaciones.

Los síntomas subjetivos de ansiedad son prominentes. Los pacientes se quejan de un estado de desasosiego y expectación. Frases como, “tiemblo por dentro”, o “me siento como si fuera a recibir una mala noticia”, con que los pacientes, frecuentemente, describen su estado, son más que elocuentes.

Suele existir una marcada hiperexcitabilidad a los estímulos externos, y el paciente reacciona con manifestaciones de susto o irritabilidad (agresividad en la comunicación oral y extraverbal) ante cuestiones intrascendentes (tocan a la puerta, suena el teléfono, se le pide algo sencillo, etc.).

La impresión subjetiva de estar “al límite” es también expresada por los pacientes con frases como “me siento a punto de estallar, o más coloquialmente, “estoy **volao** como una cafetera o una olla de presión”.

El sujeto suele sentirse injustificadamente presionado por el tiempo y las obligaciones (cotidianas o laborales), de manera que el existir, se le convierte en una carrera contra reloj, sin más contrincante que él mismo. Cualquier espera es angustiosa (en ocasiones camina largos trechos por “no poder esperar el ómnibus”, o pierde un turno, porque no puede esperar más, e igual sucede con cualquier situación ambigua). Tener que permanecer quieto le es claramente angustioso.

Frecuentemente se quejan de su memoria (extravíos, olvidos, etc.), aunque en realidad, más que la hipomnesia, es la falta de atención la responsable de estos hechos (la distractibilidad es también señalada explícitamente con frecuencia).

Objetivamente, el paciente suele mostrarse inquieto e hipercinético, tiende a actuar acelerada e impulsivamente, y siempre da la impresión de estar apurado. Paseítos constantes, cuando debe permanecer en un ámbito restringido, movimientos de manos y piernas, etc. denotan su estado interno.

La falta de relajación es otra característica significativa, los pacientes se sienten tensos e incapaces de relajarse o tener un descanso efectivo, ni siquiera después de haber dormido, y no obstante sentirse fatigados, apenas intentan descansar, o la tensión frustra sus propósitos cuando lo hacen.

Las quejas somáticas son múltiples y variadas, y afectan a casi todos los aparatos y sistemas. Entre las más frecuentes están: falta de aire, dolor en el pecho, salto en el estómago, taquicardia, **angurria** (término popular para designar la polaquiuria), tenesmo o diarrea, hiperhidrosis y disfagia.

Las necesidades vitales se alteran. Un insomnio (más típicamente inicial) es la regla, y el sueño es calificado de no satisfactorio, aun cuando espontáneamente o bajo los efectos de fármacos se duerma un número de horas suficiente.

Respecto a las necesidades alimentarias, las más de las veces el sujeto presenta anorexia, o incapacidad para comer debido al “salto en el estómago” (salto epigástrico). El exceso de actividad y la deficiente alimentación pueden conducir a una pérdida (a veces marcada) de peso, o por el contrario, el paciente puede aumentar de peso, y referir que no puede resistir el impulso a pasarse el día “picando” (comer muy frecuentemente pequeñas cantidades) del alimento que más a su alcance esté.

El paciente con ansiedad suele tener una preocupación sin ocupación, o sea, estéril, por las actividades cotidianas, u otros aspectos como el bienestar de él y su familia, sin que ella sirva de base a ninguna acción adaptativa para solucionar o prevenir la cuestión que le preocupa.

El propio estado ansioso genera frecuentemente el consumo excesivo de sustancias, que a la larga resultan ansiogénicas (café, tabaco, alcohol, por ej.), lo cual crea un círculo vicioso y, en ocasiones, abre el camino hacia la adicción.

Durante la niñez y la adolescencia, la ansiedad puede tener formas expresivas *sui generis* (ver F93.80).

Pautas para el diagnóstico

- a) Un cuadro, dado por síntomas y preocupaciones ansiosas, con las características antes descritas, ha ocupado la mayor parte de la vida del paciente por no menos de 6 meses.
- b) Por su número e intensidad, las manifestaciones ansiosas son causa de marcado sufrimiento o disfunción social y personal.
- c) No se cumplen los requerimientos diagnósticos de ningún otro trastorno codificable en este manual como trastorno ansioso o de otro tipo.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

En la versión para investigaciones de la CIE-10 se le da prioridad a un grupo de cuatro síntomas (palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblores o sacudidas en los miembros y xerostomía), uno de los cuales deberá estar presente, acompañado de otros tres de cualesquiera de los 6 grupos en que se organizan los 22 síntomas relacionados en ese manual.

En el DSM-IV se incluyen sólo 6 síntomas (ninguno de los cuales coincide con los considerados de más peso en los C.D.I. (ver párrafo anterior), de los cuales se exige la presencia de no menos de tres (1 en niños). Además, debe haber preocupaciones de tipo ansioso, difíciles de controlar por el paciente.

Incluye: Estado de ansiedad, neurosis de ansiedad (F41.16), reacción de ansiedad.

Excluye: Neurastenia (F48.0).

F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión

Solo se hará uso de estas subcategorías (F41.20 y F41.21) para ubicar aquellos trastornos en que la ansiedad y la depresión coexistan con igual intensidad. En caso contrario, se hará el registro del diagnóstico de acuerdo con el síndrome dominante, y se señalará en el enunciado la presencia de ansiedad o depresión, según corresponda.

Siempre que haya síntomas depresivos moderados o graves, el trastorno será codificado en la subcategoría de F30-F39 que corresponda, y se señalará en el enunciado la presencia de ansiedad.

F41.20 Trastorno mixto de ansiedad y depresión con manifestaciones ansioso-depresivas mínimas

Esta categoría debe usarse para registrar aquellos síndromes caracterizados por la coexistencia de síntomas de ansiedad y depresión, de similar intensidad. De ellos, ninguno será lo suficientemente intenso como para justificar un diagnóstico por separado. Cuando ambas series de síntomas (depresivos y ansiosos), estén presentes con igual intensidad, y sean lo suficientemente intensos como para justificar un diagnóstico por separado, se hará uso de la subcategoría F41.21, si la intensidad de los síntomas (ansiosos y depresivos) es de carácter ligero.

F41.21 Trastorno mixto de ansiedad y depresión con manifestaciones ansioso-depresivas ligeras

Se codificarán aquí aquellos pacientes en los que: a) estén presentes niveles similares de ansiedad y depresión; b) ambos sean de intensidad suficiente como para satisfacer (cada uno de ellos) los criterios para un trastorno ligero (cat.F3 y F4); c) hayan razones para suponer un origen común de ambas constelaciones sintomáticas; d) otros trastornos codificables en este manual no pueden explicar mejor los síntomas, especialmente aquellos rubricables en F00-F09, F10-F19, F30-F39 y F40-F49

Si el clínico considera más probable que los síntomas ansiosos y depresivos son causados por diferentes noxas, o tiene dudas al respecto, hará uso de un doble diagnóstico (F30-F39 y F40-F49).

Incluye: Síndrome ansioso depresivo (ligero).

Excluye: Manifestaciones ansioso-depresivas atribuibles a otro trastorno codificable en este manual.

Nota: La aparición de síntomas ansiosos mientras evoluciona un trastorno previamente codificable como depresivo, o viceversa, no justifica el uso de esa categoría, aun cuando ambos grupos sintomáticos lleguen a alcanzar igual intensidad.

F41.3 Otros trastornos de ansiedad mixtos

Serán ubicados aquí, aquellos síndromes caracterizados por una mezcla de síntomas de ansiedad, con otros propios de algunos de los trastornos calificados como “neuróticos” en esta sección, sin que ninguna de las constelaciones sintomáticas justifique un diagnóstico por sí sola.

F41.8 Otros trastornos de ansiedad, especificados

Incluye: ansiedad histérica

Excluye: ansiedad orgánica, humor predelirante

F41.9 Trastorno de ansiedad, no especificado

Incluye: ansiedad *SAI*.

F42 TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Este trastorno se caracteriza por tres elementos: las obsesiones, las compulsiones y la duda obsesiva, que como regla van acompañados de ansiedad.

Las obsesiones son pensamientos o representaciones que tienen las siguientes características:

- a) Son parásitos, o sea, se presentan de forma continuada y repetida en contra de la voluntad y deseos del paciente, aunque son reconocidos como propios por él.
- b) Tienen un contenido desagradable y absurdo.
- c) Son de carácter egodistónico, pero el sujeto es incapaz de deshacerse de ellos. Los intentos por eliminarlos son muy ansiogénicos y no reducen los síntomas.
- d) Existe percatación de su naturaleza enfermiza, y el paciente lucha o ha luchado (a veces termina por rendirse y dejar de hacer resistencia a ellos) por eliminarlos.
- e) Tienen un carácter primario, o sea, no son causados por una preocupación, o sobre valoración, debida a otro trastorno codificable, como lo sería la apariencia física mientras evoluciona una anorexia nerviosa, un trastorno dismorfofóbico, o la salud, en uno hipocondríaco.

Las compulsiones son acciones (o “necesidad subjetiva” de ejecutarlas) que comparten con las obsesiones las características enumeradas en el párrafo anterior.

Tradicionalmente, en Cuba se ha hecho una distinción entre los actos compulsivos y los rituales obsesivos. Los primeros consisten en acciones sencillas (no ensambladas dentro de un grupo de ellas), como tener que leer las placas de los autos que cruzan, contar las ventanas, leer al revés los letreros, etc.

Los rituales consisten en 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.

Los actos y rituales compulsivos tienen a veces el propósito de controlar una idea obsesiva que resulta muy molesta o se juzga peligrosa por el paciente. En otras ocasiones se ejecutan para conjurar o prevenir algún mal (a su persona o a seres queridos), que podría ocurrir si no se ejecutaran, o simplemente se realizan, porque no hacerlo produce una gran ansiedad.

Las acciones compulsivas son en sí mismas displacenteras, y aunque a veces el paciente termina por plegarse resignadamente a ellas, sin cuestionar más su irracionalidad, como norma, esto es el resultado de la “rendición” tras una larga lucha.

Las acciones compulsivas pueden tener como base una idea obsesiva con ciertas características fóbicas (resultar infectado, envenenado o herido, por ejemplo), y el carácter obsesivo compulsivo del trastorno estar dado por la falta de relación entre la idea que lo originó y la naturaleza de los actos y rituales (que no son, en sí mismos, lógicamente útiles para los fines con que supuestamente se ejecutan, o resultan irracionalmente exagerados), lo que les da a las acciones cierto sentido simbólico o mágico.

Por último la duda obsesiva lleva al paciente a comprobar reiterada e inadapativamente si apagó la luz, cerró la puerta, etc.

La duda acerca de si un ritual fue correctamente ejecutado puede hacerlo casi interminable, y consumir enormes cantidades de tiempo.

Por ejemplo, en un paciente que debe enjabonarse un determinado número de veces, bañarse puede durar horas enteras, debido a que el sujeto debe recomenzar muchas veces el ritual, por dudar si el número de repeticiones fue el correcto.

En casos graves, las manifestaciones obsesivo compulsivas pueden ocupar tanto tiempo y ser tan incapacitantes que impidan al paciente cubrir las demandas habituales de la vida cotidiana.

Pautas para el diagnóstico

- 1) Presencia, de manera consistente, durante dos ó más semanas de un cuadro clínico con las características antes descritas.
- 2) Los síntomas son causa de sufrimiento marcado o interfieren de manera importante con el normal desenvolvimiento del paciente.
- 3) Los síntomas no ocurrirán exclusivamente como parte de un trastorno más amplio codificable en sí mismo (depresivo o esquizofrénico, por ejemplo).

4)Otras posibles causas del síndrome (especialmente los trastornos orgánicos, depresivos y ciertos patrones culturales normales), han sido razonablemente excluidos.

Nota: Aquellos clínicos que deseen hacer el diagnóstico de neurosis obsesivo-compulsiva, lo registrarán aquí mediante el uso de la frase calificativa, F42.X6 “con desarrollo neurótico”.

Para formular este diagnóstico es necesario, además obtener evidencias de un comportamiento neurótico (ver desarrollo neurótico)

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estas pautas se corresponden, en términos generales, con las de los CDI (CIE-10) y las del DSM-IV. En este último manual no se exige la presencia de crítica sobre los síntomas en los niños, y se incluye entre los requerimientos diagnósticos,el hecho de que los síntomas ocupen más de una hora diaria del tiempo del paciente.

Diagnóstico diferencial

Leves manifestaciones de apariencia obsesiva pueden aparecer en la niñez, lo que unido a la tendencia a escenificar sus fantasías (a veces no claramente separadas de la realidad), y al uso del pensamiento mágico (ambas cosas normales en esa etapa), pueden hacer pensar falsamente en un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

Igual puede suceder con personas provenientes de entornos culturales, en los que el pensamiento mágico y el lógico formal se entremezclan. En ciertas culturas, la enfermedad (de cualquier índole) puede ser atribuida a fuerzas sobrenaturales, y el paciente relacionar sus síntomas obsesivos con un trabajo de hechicería hecho por sus enemigos, y dar la falsa impresión de padecer de un síndrome delirante.

Los estados de tensión o fatiga física o mental pueden dar lugar a ligeras y transitorias manifestaciones obsesivas que no cumplen los requerimientos de un TOC.

Fenómenos de tipo obsesivo acompañan, frecuentemente (a veces de manera muy destacada), a los trastornos depresivos y orgánicos, así como a los grados más intensos de retraso mental, por lo que tales noxas deben ser cuidadosamente excluidas antes de hacer el diagnóstico, y lo mismo puede decirse de la esquizofrenia.

Otras condiciones, como aquellas caracterizadas por actos impulsivos (robo patológico por ejemplo) pueden ser deslindadas de los T.O.C. por su carácter impulsivo y el contenido hedónico de las acciones morbosas.

F42.0 Con predominio de pensamientos 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, especificados

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo, no especificado

F43 REACCIONES AL ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

Se registrará en esta categoría un grupo de síndromes, que tienen en común:

A)Evidencia de sucesos estresantes, que por su intensidad o perdurabilidad, pudieran resultar nosógenos para una persona promedio del entorno socio-cultural en que vive el paciente. La importancia de los estresores no puede valorarse mecánicamente, es necesario tener en cuenta, de manera integral, todas sus consecuencias (la pérdida de un ser querido puede, además, implicar la del único apoyo afectivo que se tenía, un desastre social y económico o todas ellas). La apreciación o valoración personal que el sujeto tiene de la importancia y consecuencias de la situación estresante, debe también ser tomada en cuenta, siempre y cuando ésta no sea una interpretación absurda, o una racionalización o exageración obvia, debida a un estado (trastorno afectivo o de personalidad, psicosis, etc.) morboso previamente existente.

Con otras palabras, el o los hechos biográficos psicotraumatizantes sufridos por el paciente, deben ser suficientemente intensos como para causar el trastorno en un número significativo de personas de su entorno sociocultural, para las cuales tuvieran similar significado.

B)Aparición de un cuadro clínico, como alguno de los descritos en las distintas subcategorías de este acápite (F43), obviamente relacionable con la situación referida en A.

C)Las características del cuadro clínico guardan relación con la naturaleza del hecho biográfico que lo causó, y los síntomas no exceden significativamente el lapso en que debe remitir según el trastorno de que se trate.

D)Al momento de ocurrir los hechos biográficos, el sujeto era lo suficientemente sano, como para no poder atribuir los síntomas a la presencia o agravamiento de un trastorno pre-existente.

E)La remoción del agente estresor produce la remisión del cuadro clínico.

F) El hecho de que los síntomas se deban a la aparición simultánea (al psicotrauma) de otro trastorno mental codificable, puede ser excluido.

La relación de estos trastornos con otros, clasificables en distintas categorías, puede ser variable y debe ser tomada en cuenta. Una situación biográfica puede casualmente coincidir en el tiempo con un primer episodio afectivo o de esquizofrenia aguda, por ejemplo:

Las demandas derivadas de la situación estresante pueden hacer aflorar o destacar las manifestaciones de un proceso morboso, que ya estaba presente de forma latente u oligosintomática, e incluso, inadecuaciones comportamentales debidas a un trastorno mental que no había sido detectado, pueden haber desempeñado un papel protagónico o facilitador en una situación de crisis, o impedido la solución de los conflictos actuales.

Por lo tanto, un pormenorizado estudio de la personalidad previa del paciente y de la dinámica de los hechos biográficos resulta imprescindible, sobre todo en los trastornos de adaptación, así como el seguimiento longitudinal del trastorno. Si la evolución del cuadro clínico sugiere una mejor explicación de los síntomas por otro tipo de trastorno, el diagnóstico debe ser cambiado.

F43.0 Reacción al estrés agudo

Se trata de un trastorno de aparición aguda (generalmente brusca) y breve duración, que se produce en una persona que ha sido protagonista o espectador de uno o más hechos excepcionalmente traumáticos.

Situaciones con evidente peligro (u ocurrencia real) de muerte de personas, o daño a su integridad física o moral, así como de pérdidas materiales devastadoras, tales como las catástrofes naturales y aquellas derivadas de la guerra, el terrorismo y los grandes accidentes, son ejemplos típicos.

Aunque muchas personas víctimas de estas circunstancias no enferman (una cierta predisposición interna parece desempeñar una función importante en el desarrollo del trastorno), el individuo debe ser (con antelación al hecho catastrófico) lo suficientemente sano como para dar por sentado, que los síntomas, ni son atribuibles a la precipitación o agravamiento de un trastorno mental pre-existente, ni se hubiesen presentado, si el evento traumatizante no hubiera tenido lugar.

Pautas para el diagnóstico

- A) Se cumplen los requerimientos generales de F43.
 - B) El sujeto ha estado involucrado en una situación de gran estrés que ha provocado en él un intenso estado de conmoción emocional.
 - C) Rápida instalación (de minutos a muy pocas horas, según las características de la situación) del cuadro clínico.
 - D) Presencia evidente de síntomas disociativos (estrechamiento de conciencia, sensación de aturdimiento o distanciamiento del entorno, despersonalización, desorientación, agitación o estupor disociativo, etc.).
 - E) Presencia (en número e intensidad) de los síntomas, cuya aparición es requerida para el diagnóstico de un trastorno de ansiedad generalizado.
- Nota: cuando los síntomas disociativos son muy pronunciados (estupor disociativo, por ejemplo), las manifestaciones ansiosas pueden no ser detectables.

F) La supresión o atenuamiento del agente estresor es seguida en pocas horas (no más de 8, según la CIE-10) de una mejoría evidente del paciente. De persistir sus efectos, la tendencia a la remisión espontánea debe aparecer antes del tercer día de evolución del trastorno.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estas pautas son, en general, coincidentes con las de la versión para investigaciones de la CIE-10, pero en este manual, se divide el trastorno en leve, moderado o grave, según los síntomas presentes, y se admite hacer el diagnóstico (grado leve) sin síntomas disociativos. Para los grados moderado y grave, además de los síntomas ansiosos, debe haber dos o cuatro (respectivamente) síntomas de una lista de 7, o un estupor disociativo (que, por sí solo, justificaría el criterio de grave).

También es exigida en los CDI, la ausencia de síntomas que satisfagan los criterios diagnósticos de algún otro trastorno mental, desde no menos de tres meses antes de la exposición del paciente al psicotrauma (excepto F41.1 y F60).

Aunque con idéntica base conceptual (trastornos debidos a estrés sobreagudo intenso) y con requisitos en términos generales similares, el DSM-IV presenta un enfoque diagnóstico diferente.

Se exige en él, que la persona responda con miedo intenso, desesperanza u horror al psicotrauma, pero no que el inicio de los síntomas sea inmediato (en una hora), criterio B de los CDI (CIE-10).

No se hace alusión al grado de gravedad de los síntomas, y se exige la aparición, durante o con posterioridad al psicotrauma, de 3 o más síntomas de un total de 5 (todos disociativos), que en él se enumeran.

Otros criterios exigidos en el DSM-IV, que no aparecen en los CDI, son el revivir la experiencia traumática a través de imágenes, pensamientos, reviviscencias, etc., espontáneamente, o ante las cosas que la recuerdan, y una marcada conducta de evitación ante estas últimas.

En dicho manual, se exige una duración del trastorno entre 2 días y 4 semanas, sin hacer referencia al inicio de la mejoría, ni a la remoción o no de la situación psicotraumatizante (ver criterio D de la CIE-10).

Entre sus criterios de exclusión, no se exige un lapso de no menos 3 meses entre el fin de cualquier episodio de otro trastorno codificable y el inicio de los síntomas del trastorno por estrés agudo.

F43.1 Trastornos de estrés postraumático

Se trata de un trastorno debido a una situación de gran estrés como la descrita en la subcategoría anterior, y cuyas características satisfacen las pautas diagnósticas que a continuación se exponen.

Pautas para el diagnóstico

- A) Se cumplen los criterios A y B de la Reacción a Estrés Agudo (F43.0).
 - B) El síntoma más característico consiste en reexperimentar la situación nosógena, mediante representaciones mnésicas, oníricas, o *flash backs* recurrentes, y con una elevada carga afectiva.
 - C) Aquellas cosas o circunstancias, relacionadas con el psicotrauma provocan su reevocación y marcados síntomas de ansiedad.
 - D) Conducta de evitación ante las personas, objetos, lugares o situaciones que puedan relacionarse con el evento traumático, que puede incluir cierto grado de distanciamiento del entorno y fenómenos amnésicos (con olvido total o parcial del suceso o de aquellas cosas que pudieran evocarlos).
 - E) Síntomas de hiperexcitabilidad, como reacciones exageradas a estímulos (tendencia a asustarse, respuestas exageradas, exabruptos afectivos injustificados, etc.), déficit atencional y trastornos del sueño.
 - F) Los síntomas del trastorno se instalan en un lapso que oscila entre unas dos semanas y 6 meses, después de terminada la exposición al estresor.
- Nota: puede aceptarse un inicio más tardío, si el cuadro es típico y no existe ninguna otra opción diagnóstica razonable.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estos criterios son compatibles con los requerimientos diagnósticos para investigaciones de la CIE-10.

Las bases conceptuales para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático, en el DSM-IV, coinciden en lo esencial con los de la CIE-10 (CDI), aunque, en general, están algo más detalladas, ofrecen alternativas sintomáticas para el diagnóstico en niños, y se exige, en dicho manual, una duración de los síntomas de no menos de un mes, y que éstos afecten significativamente el desempeño social, laboral u otra área importante del paciente.

En el DSM-IV, para poder aceptar el criterio A (exposición a la situación psicotraumatizante), es exigido, que ésta haya provocado intenso miedo, sentimientos de desesperanza u horror (o conducta desorganizada en los niños).

F43.2 Trastornos de adaptación

Se ubicarán aquí los trastornos debidos al efecto de uno o varios psicotraumas importantes (aunque no excepcionalmente intensos ni catastróficos), o de un cambio biográfico que constituye una espina irritativa mantenida.

La expresión sintomática puede ser la de un cuadro depresivo, ansioso o mixto, de intensidad ligera a moderada, o de un síndrome que remede cualesquiera de los trastornos calificados como “neuróticos” en esta sección (F40-F49).

También, sobre todo en edades tempranas, el trastorno puede manifestarse por alteraciones comportamentales (incluidas las disociales y las regresivas).

En Cuba, sobre todo cuando la causa del trastorno es una situación irritante y persistente, los cuadros neurasteniformes son también muy frecuentes.

Los síntomas suelen aparecer entre 30 y 90 días, después de ocurrido el hecho psicotraumatizante o cambio biográfico que los ocasionó, y excepto para la reacción depresiva prolongada, no se mantienen por mucho más de 6 meses, después de suprimirse el estresor.

Si la duración de los síntomas persiste, el diagnóstico probablemente debería modificarse de acuerdo con el síndrome clínico presente, y cualquier estrés mantenido, codificado mediante uno de los códigos Z (de la CIE-10). La decisión de cambiar el diagnóstico de trastorno de adaptación por el de trastorno neurótico en los pacientes en quienes la espina irritativa no puede ser retirada, no debe basarse sólo en el tiempo de evolución de los síntomas, sino también en su naturaleza, el grado de interferencia inevitable que el estresor ejerce sobre los aspectos esenciales de la vida del paciente, el nivel de afectación de los aspectos de la personalidad del sujeto no relacionados directamente con la situación estresante y la naturaleza adaptativa o "neurótica" de los mecanismos psicológicos con que el paciente afronta esa situación particular, y su vida en general.

Las personas "normales" que arrastran situaciones de estrés crónico no removible (falta de vivienda, por ejemplo), al menos en largo tiempo, suelen experimentar cierto grado normal de sufrimiento por dicha situación, que no debe ser considerado como un trastorno de adaptación.

Las manifestaciones (no morbosas) de adaptación a las desavenencias, se caracterizan por una actitud más madura y adaptativa, que la que acompaña al trastorno de adaptación.

El sujeto "sano" utiliza mecanismos adaptativos para salir de su situación y ser afectado al mínimo por ella, mientras deba soportarla.

El sufrimiento se reduce a lo inevitable, y no paraliza la vida del sujeto que, en cierto modo, encapsula la situación estresante para evitar que "contamine" toda su vida, aunque puede

haber esporádicamente "breves" momentos de malestar intenso, e incluso de desesperación, si el estresor afecta por mucho tiempo la satisfacción de necesidades básicas, o ante el fracaso de los intentos por superar los problemas. Esas situaciones deben ser recogidas en el eje III. Factores Psicoambientales Adversos.

Incluye: Duelo patológico, reacción situacional

Excluye: Duelo normal

Pautas para el diagnóstico

A) Presencia evidente de uno o varios hechos psicotraumatizantes, o de un cambio biográfico, como los señalados en la introducción a esta subcategoría.

B) Aparición, entre uno y tres meses después, de un cuadro clínico caracterizado por síntomas ansiosos, depresivos, "neuróticos", asténicos, comportamentales o mixtos, que no satisfacen los requerimientos diagnósticos de ninguna de las subcategorías dedicadas a trastornos de esa índole en este manual.

C) Si los factores estresantes son eliminados, el cuadro clínico debe desaparecer a lo sumo en unos seis meses, excepto para F43.21 (ver más adelante).

D) El duelo normal, las manifestaciones mínimas de sufrimiento de las personas normales ante las desavenencias prolongadas, así como otros trastornos codificables en este manual pueden ser razonablemente excluidos.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Esas pautas satisfacen, en lo fundamental, los criterios para investigación (CIE-10), aunque en estos últimos, el lapso entre las situaciones estresantes (que no deben haber sido de tipo catastrófico, ni haber tenido una gravedad extraordinaria), y los síntomas, se reduce a un mes.

En el DSM-IV se admite un tiempo de 3 meses entre la situación y la aparición de los síntomas, los cuales deben provocar un malestar mayor que el esperable, por la exposición al estresor, o interferir significativamente con el desempeño del sujeto en alguna esfera importante.

USO DE QUINTOS DIGITOS:

La forma clínica o manifestación predominante puede ser especificada mediante un quinto dígito:

F43.20 Reacción depresiva breve: estado depresivo ligero o moderado, cuya duración no excede de un mes.

F43.21 Reacción depresiva prolongada: su duración es claramente mayor de un mes, pero no de dos años.

F43.22 Reacción mixta de ansiedad y depresión: ambos tipos de síntomas son evidentes, sin que exista un claro predominio de ninguno de ellos.

F43.23 Con predominio de alteraciones de otras emociones: los síntomas son similares a los descritos en F41.3, “otro trastorno mixto de ansiedad”. Los comportamientos de tipo regresivo deben ser incluidos aquí.

F43.24 Con predominio de alteraciones disociales: se expresan por un cambio (de tipo disocial) del comportamiento.

F43.25 Con alteración mixta de las emociones y disocial: tanto los síntomas emocionales, como los comportamentales (de tipo disocial), son destacados y de similar intensidad.

F43.28 Otros trastornos de adaptación con síntomas predominantes especificados

Incluye: La forma neurasteniforme

F43.8 Otras reacciones al estrés grave, especificadas

F43.9 Reacción a estrés grave, no especificada

F44 TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSIÓN).

Se registrará aquí una serie de trastornos que en la CIE-9 se codificaban como histeria disociativa o de conversión. Tienen en común un disfuncionamiento integrativo de diversas funciones mentales, que trae como consecuencia la aparición de los síndromes descritos en esta categoría.

El estrechamiento o distorsión de la conciencia está presente de alguna forma, en la mayoría de los pacientes, de manera tal que el sujeto sólo parece percibir adecuadamente determinados estímulos de especial valor afectivo o simbólico.

En los fenómenos de conversión se produce una disfunción motora o sensorial, que afecta órganos inervados por el sistema nervioso de la vida de relación.

Ambos fenómenos (disociativos y conversivos) parecen formar parte de un mismo proceso, pueden asociarse o alternarse en un mismo paciente y se cree que responden a necesidades psicológicas enfermizas, por lo que no se hace más la distinción entre ellos.

Pautas para el diagnóstico

- A) Presencia de un cuadro clínico similar a alguno de los descritos en las subcategorías F44.0 a F44.8 de este manual o de un síndrome atípico, caracterizado por distorsión de la conciencia, con alteraciones psicomotoras o sin ellas, parálisis o paresias musculares,

trastornos preceptuales o una mezcla de varios o todos ellos, en la que se cumple el resto de los requisitos que a continuación se exponen.

B) Las características clínicas, la exploración física y los exámenes complementarios realizados descartan la posibilidad de que el trastorno sea de causa somática u orgánico-cerebral.

C) Existen claras evidencias de una causa psicógena de los síntomas. Una obvia relación con situaciones estresantes refuerza el diagnóstico, pero dado que muchas veces (sobre todo en pacientes con personalidad histriónica), la psicopatogénesis no puede ser claramente identificada, no se considera imprescindible para el diagnóstico, si el resto de los requerimientos están presentes.

D) La posibilidad de que el síndrome sea causado por otro trastorno más amplio, o constituya una forma culturalmente aceptada para expresar el distrés en el entorno de quien lo presenta, ha sido excluida.

Incluye:

- ataque de nervios
- Histeria disociativa
- Histeria de conversión
- Psicosis histérica
- Ataques histéricos

Excluye:

- Simulación (276.5)

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico de estos trastornos exige un exhaustivo esfuerzo para pesquisar otras causas. Los trastornos disociativos pueden simular prácticamente cualquier trastorno somático o mental.

Por otra parte, múltiples trastornos encefálicos orgánicos (neoplasias, infecciones, hematoma subdural, epilepsia, etc.), pueden tener una expresión clínica muy parecida a los trastornos disociativos.

Con apoyo en el hecho de que una gran cantidad de pacientes con dichos trastornos tienen de base una personalidad histriónica, o con acentuados rasgos de este tipo, y el hecho de que las características personalológicas del enfermo matizan la expresión clínica de los trastornos somáticos, no es nada raro, que una acentuación de esos rasgos, (incluidos los fenómenos disociativos) forme parte de los pródromos de un trastorno de ese tipo o enmascare (con una buena dosis de histrionismo) sus manifestaciones típicas; por ejemplo, en los estadios iniciales de una demencia o de un tumor cerebral.

Por lo tanto, la aparición de síntomas disociativos implica la necesidad de agotar todos los recursos para encontrar una causa somática, sobre todo si:

- a) Aparecen en edades tardías
- b) No tienen otros antecedentes de carácter histriónico
- c) No se relacionen con hechos psicotraumatizantes recientes, o resultan claramente desproporcionados.
- d) Son atípicos o no pueden ser claramente entendidos como una reacción psicológica
- e) Coexisten con una enfermedad física (especialmente del sistema nervioso), o con otros síntomas no disociativos de causa incierta.

F44.0 Amnesia disociativa

Se trata de un trastorno caracterizado por una pérdida de la memoria sobre acontecimientos que generalmente resultan desagradables al paciente. El suceso puede ser olvidado totalmente, o más típicamente, el olvido se circunscribe a sus aspectos más dolorosos e incluso evocarse otros hechos que sucedieron al mismo tiempo (amnesia lacunar).

La tendencia del olvido a ser selectivo¹, la posibilidad de evocar los recuerdos mediante la hipnosis, la característica de la situación en la se produjo el trastorno y los antecedentes personales permiten, por lo general, diferenciarla de la amnesia orgánica.

La amnesia disociativa suele acompañarse de síntomas ansiosos o depresivos, así como de otros síntomas disociativos de conversión, pero ninguno de ellos están en el primer plano, ni se satisfacen las pautas diagnósticas de ningún otro trastorno.

Pautas para el diagnóstico

- A) Se cumplen las pautas para F44. Trastorno disociativo (de conversión).
- B) El cuadro actual es el de una amnesia con las características antes referidas, y lo suficientemente intenso como para considerarlo morboso.
- C) La amnesia no forma parte de un trastorno más amplio (disociativo o de otra índole).

Estas pautas son compatibles con los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-IV.

F44.1 Fuga disociativa

Es un cuadro caracterizado por alejamientos súbitos e impredecibles del entorno habitual del sujeto, durante los cuales hay una marcada hipomnesia o amnesia sobre su pasado. El sentido de su identidad personal resulta confuso y puede adoptarse otro.

¹ Los olvidos orgánicos tienen un carácter global, y si algo se recuerda es precisamente aquello que tenía una gran carga afectiva, y por supuesto, el material perdido no puede rescatarse por medio de la hipnosis.

El paciente no suele desplazarse demasiado lejos, descuidar sus hábitos personales, comportarse de una manera claramente inadaptativa, ni recordar lo ocurrido durante el tiempo que duró el trastorno.

Pautas para el diagnóstico

A) Se cumplen los trastornos de F44.

B) Ha habido un alejamiento del entorno habitual del paciente durante el cual ha sucedido lo siguiente:

1. El sujeto no recuerda nada o casi nada sobre sí mismo.
2. Ha tenido una identificación personal defectuosa o falsa.
3. Su comportamiento no ha sido llamativamente inadecuado.

C) Existe amnesia sobre el período de fuga.

Estas pautas satisfacen los criterios de los CDI de la CIE-10 y del DSM-IV

Los primeros no exigen el criterio b-2 (arriba señalado)

F44.2 Estupor disociativo

Se ubicarán aquí aquellos síndromes estuporosos que satisfagan los requerimientos diagnósticos de los trastornos disociativos de conversión F44.

F44.3 Trastornos de trance y de posesión

Ciertos estados no morbosos de disociación de la conciencia forman parte de algunos rituales afrocubanos o espiritistas, durante los cuales uno o varios de los participantes experimentan un estrechamiento de la conciencia con una focalización (inconscientemente) selectiva de ésta, mientras tratan de estar (o están) en contacto con ciertas fuerzas sobrenaturales como espíritus por ejemplo (*estado de trance*). Resulta también frecuente que el creyente resulte **poseído** por ese **ser**, o sea, el **espíritu** o **deidad** se apodera de su “materia” y habla o actúa a través de él, de forma tal, que el individuo (en sentido figurado) deja de ser quien era (pérdida de la identidad personal), para convertirse en el **ser sobrenatural** que, dueño de su cuerpo, se expresa a través de él y su comportamiento se hace, en muchos aspectos, ajeno a la realidad objetiva que lo rodea, y varía según el tipo de contacto que haya ocurrido (*estado de posesión*).

Estos estados de trance y de posesión sólo se consideran anormales, cuando ocurren fuera del contexto sociocultural en que suelen producirse, (o han comenzado dentro de él, pero se prolongan de forma desmedida), y son lo suficientemente intensos, duraderos y frecuentes como para representar un problema importante en la vida de la persona afectada.

Este último criterio es muy importante, pues ciertos fenómenos de este tipo (“se le **montó el santo**”) de aparición indeseada y fuera de un ceremonial religioso, pueden ser aceptados por

la generalidad de los miembros del entorno cultural del paciente como algo normal, e incluso, en ocasiones, interpretarse como la expresión del desarrollo de cualidades especiales (**mediumnidad** por ejemplo) en el individuo.

Cuando, tanto el paciente como su grupo, especialmente este último, consideran estas manifestaciones como enfermizas y ajenas a causas sobrenaturales, no hay dudas de que el trastorno debe codificarse aquí (si no satisface las pautas diagnósticas de otro más amplio). Tampoco las hay (salvo excepciones) en caso contrario. Si el fenómeno es aceptado como normal por el paciente y su entorno cultural, no será registrado en ninguna categoría, pero cuando ambos coinciden con el clínico en considerar como anormales las manifestaciones, aunque se les atribuya un origen sobrenatural (que debe ser resuelto por los medios religiosos), tal vez la contradicción entre ambas cosmovisiones sea mejor resuelta como se ha hecho en el glosario chino, con una categoría dedicada a trastornos relacionados (dentro del medio cultural del paciente) con fuerzas sobrenaturales (supersticiones y hechicerías).

Se debe, por lo tanto, ser sumamente cuidadoso con el uso de esta categoría (por razones éticas) a fin de no soslayar y considerar como morboso, el derecho que tienen los grupos humanos a sustentar la cosmovisión que juzguen más correcta.

Pautas para el diagnóstico

- A) Se cumplen los criterios generales de F44.
- B) El cuadro clínico se ajusta a las características descritas en la introducción de esta subcategoría.
- C) No se trata de un fenómeno culturalmente aceptado como normal.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estos criterios coinciden, en general, con los de investigación de la CIE-10. En el DSM-IV no se recoge este trastorno.

F44.4-F44.7 Trastornos disociativos de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad

Se agrupan aquí los antes llamados síntomas de conversión, caracterizados por la pérdida o distorsión total o parcial de alguna modalidad sensorial o de las funciones de algún grupo muscular (de la motilidad voluntaria), cuando dominan el cuadro clínico y satisfacen los requerimientos diagnósticos de F44.

Los resultados del examen físico (especialmente el neurológico) no son concordantes con los síntomas referidos por el paciente y lo mismo sucede con los resultados de los exámenes complementarios.

En una elevada proporción de pacientes (no en todos) existe el antecedente de rasgos histriónicos de la personalidad, y la enfermedad está frecuentemente relacionada con una

situación psicotraumatizante, de la cual, en alguna medida, “protege” al paciente, o con la expresión o satisfacción simbólica de emociones o necesidades afectivas aberrantes, no siempre cabalmente comprendidas ni identificadas por el sujeto.

En un segundo plano, pueden existir síntomas de otra naturaleza (afectivos, histriónicos, etc.), y es típica, pero no constante, una paradójica ausencia de ansiedad (bella indiferencia).

F44.4 Trastornos disociativos de los movimientos

Pautas para el diagnóstico

A) Se satisfacen los criterios generales del trastorno disociativo (F44).

B) El cuadro clínico está dominado por una toma de la motilidad voluntaria, como por ejemplo: parálisis, paresias u otras disfunciones neuromusculares (disminución de la fuerza, ataxias, etc.)

Incluye: afonía y disfonía psicógenas.

F44.5 Convulsiones disociativas

F44.6 Anestesia y otras alteraciones sensoriales disociativas

Por lo general, las características ya acotadas en la introducción a este grupo de subcategorías (F44.4-F44.7), permiten hacer el diagnóstico diferencial mediante el examen clínico.

En las sorderas y cegueras (en caso de dudas) la posibilidad de establecer reflejos condicionados a una señal recibida por el analizador supuestamente afectado y un estudio de los potenciales evocados auditivos o visuales permitirán establecer un diagnóstico confiable.

F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos

Existe una mezcla de síntomas propios de los trastornos especificados anteriormente (F44.0- F44.6), sin que ninguno predomine lo suficiente, como para merecer un diagnóstico por separado.

F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión), especificados

Ubicar aquí aquellos trastornos disociativos con características distintas a las de los anteriormente descritos, pero lo suficientemente bien definidos, como para tener una denominación específica independiente.

F44.80 Síndrome de Ganser

Síndrome descrito por Ganser y caracterizado por disociación de la conciencia y pararrespuestas (respuestas que, aunque erróneas, hacen presumir que la pregunta fue entendida). Suele presentarse en circunstancias que sugieren una causa psicógena.

F44.81 Trastorno de personalidad múltiple

Trastorno disociativo sumamente infrecuente y caracterizado por:

- A) El paciente lleva dos o más vidas independientes que se alternan, pero que, generalmente, no se solapan ni interpenetran de manera consistente, aunque pueden interferirse en alguna medida.
- B) Cada vida tiene una personalidad, antecedentes, preferencias, relaciones, recuerdos y actividades propias e independientes de la(s) otra(s).
- C) Incapacidad para recordar extensos e importantes aspectos (afecta todas sus personalidades).
- D) Ningún otro trastorno codificable en sí mismo puede ofrecer una explicación más plausible a los síntomas.

Estos criterios son compatibles con los de la versión para investigaciones de la CIE-10 y los del DSM-IV.

F44.82 Trastornos disociativos (de conversión) transitorios de la infancia y la adolescencia

F44.88 Otros trastornos disociativos (de conversión) especificados

Incluye: confusión y estado crepuscular psicógenos.

F44.9 Trastorno disociativo (de conversión), no especificado

F45 TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Este trastorno se caracteriza por la presencia de síntomas somáticos sin una base física demostrable, cuya naturaleza psicológica es negada por el paciente, quien no acepta las explicaciones de los médicos, e insiste en que le indiquen nuevos exámenes físicos y de laboratorio.

La profunda convicción que tiene el paciente de padecer una afección somática que el médico no ha sido capaz de diagnosticar, la vehemencia (a veces histriónica) con que expresa sus síntomas y frustraciones y sus demandas irracionales suelen hacer difícil las relaciones médico-paciente.

Los pacientes son valorados a menudo en las consultas de atención primaria, e incluso por "curanderos", ya que expresan el malestar psicológico en forma de síntomas físicos, y no

reconocen la naturaleza psicológica de sus síntomas, por lo que no suelen acudir al psiquiatra. En general son trastornos en la frontera entre la medicina “somática” y la Psiquiatría. Son "respondedores", predominantemente somáticos, ante las situaciones de estrés. Es un problema frecuente en el sistema de Salud Pública y bastante costoso. Los trastornos somatomorfos incluyen un amplio espectro de fenómenos clínicos, que se asocian frecuentemente a depresión y ansiedad. Los síntomas de somatización han sido llamados "funcionales", "psicosomáticos", "psicogénicos", etc.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe hacerse en primer lugar con los trastornos corporales (el hallazgo de una afección somática no excluye el diagnóstico si ésta no explica el tipo e intensidad de los síntomas).

Dentro de los trastornos psiquiátricos, las depresiones y las personalidades histriónicas tendrán frecuentemente que ser tenidas en cuenta.

F45.0 Trastorno de somatización

Se codificarán aquí aquellos trastornos que presentan las características descritas en el trastorno somatomorfo (F45), en los que el paciente pone el énfasis en los síntomas en sí, o sea, está más motivado por conseguir el alivio de éstos, que por el miedo a que se deban a una enfermedad grave de base.

Pautas para el diagnóstico

- A) Existencia, durante largo tiempo (al menos unos 2 años) de múltiples quejas somáticas.
- B) Los hallazgos de los exámenes clínicos y complementarios realizados permiten excluir razonablemente una base somática de los síntomas (no existe una enfermedad corporal, o si la hay, no pueden explicarse los síntomas con base en ella).
- C) Asistencia en múltiples ocasiones a los servicios de salud, en demanda, de forma vehemente, de nuevos exámenes físicos e investigaciones.
- D) El paciente no acepta las explicaciones del facultativo respecto a la inexistencia de una causa corporal de su malestar, y mucho menos que éste tenga relación con conflictos psicológicos.
- E) La preocupación del paciente está más focalizada en los síntomas en sí, que en la posibilidad de tener una enfermedad grave.
- F) Los síntomas afectan seriamente la calidad de vida del paciente.
- G) El cuadro clínico no forma parte de una entidad más amplia, ni puede ser mejor explicado por ningún otro trastorno codificable en este manual.

En los C.D.I. de la CIE-10 y en el DSM-IV, las bases conceptuales del diagnóstico no difieren de las de este manual, pero son más específicas y detalladas, con una lista y agrupamiento de los posibles síntomas que deben estar presentes. Se señala en ellos el

número mínimo de éstos que deben aparecer, así como los grupos sintomáticos que deben estar implicados. En el DSM-IV se exige una edad de comienzo inferior a los 30 años, pero no se hace explícita la forma vehemente en que se busca ayuda, ni el rechazo del paciente a aceptar los criterios del médico. Se incluirá aquí el Síndrome de Britquet

Diagnóstico diferencial

Deben tenerse en cuenta las posibilidades enumeradas en el diagnóstico diferencial de F45. Además, el trastorno debe diferenciarse del “Trastorno somatomorfo” indiferenciado F45.1, similar a él, pero de expresión incompleta y atenuada y del “Trastorno hipocondríaco” en el que el acento se pone en una supuesta enfermedad de base, así como de los trastornos psicóticos con alucinaciones o ideas delirantes referidas al cuerpo, y por supuesto, de los trastornos ficticios y la simulación.

F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado

Se registrarán aquí aquellos trastornos que presentan una patoplastia similar al trastorno de somatización (F45.0) pero con síntomas atenuados y un cuadro clínico incompleto.

Pautas para el diagnóstico

- a) Este criterio es similar a su correspondiente en la subcategoría anterior (F45.0), pero el período mínimo necesario para hacer el diagnóstico es sólo de 6 meses y los síntomas son menos floridos.
- b) Igual al B de F45.0.
- c) Similar al C de F45.0, pero presente de forma atenuada o incompleta.
- d) Se cumplen los criterios de la D a la G de F45.0.

Estos criterios satisfacen los requerimientos para investigación de la CIE-10 y los del DSM-IV, aunque, en éste, se señala explícitamente la presencia de fatigabilidad, anorexia y quejas gastrointestinales y del sistema urinario.

F45.2 Trastorno hipocondríaco

Se trata de un trastorno con características similares al trastorno de somatización (F45.0), pero en el cual el foco de preocupación no lo constituyen los síntomas *per se*, sino una (o varias) enfermedades graves, que el paciente supone que los causan, y que, por lo general, es referida por su nombre. Alguna supuesta deformidad física puede también ser el motivo de sus consultas.

No se logra convencer al paciente de que no tiene una enfermedad o deformidad física importante, pero el tema puede cambiar, y descartar la noxa que antes creía padecer sólo para sustituirla por otra.

Pautas para el diagnóstico

- a) Durante 6 meses o más, el paciente ha visitado reiteradamente al médico (o personal equivalente) por síntomas que cree debidos a una o más enfermedades o deformidades físicas.
- b) Se cumplen los criterios b, c, d, f y g de F45.0.

Estos criterios son similares a los exigidos para investigación por la CIE-10.

El DSM-IV tiene criterios muy similares, pero la preocupación hipocondríaca no puede circunscribirse a una supuesta deformidad física, ni tener un carácter delirante, por tener dicho manual rubros específicos para los "Trastornos Dismórficos Corporales" y los "Trastornos caracterizados por Ideas Delirantes de Tipo Somático".

Incluye: Hipocondría, neurosis hipocondríaca, nosofobia, dismorfofobia (no delirante), trastorno corporal dismórfico.

F45.3 Disfunción autonómica somatomorfa

Se trata de un trastorno similar al "hipocondríaco", pero caracterizado por síntomas mal definidos, que se refieren a órganos y sistemas básicamente inervados por el sistema nervioso autónomo, y la presencia de síntomas autonómicos objetivos, que frecuente, pero no necesariamente, se corresponden con el órgano o sistema relacionado con las quejas del paciente.

Pautas para el diagnóstico

- a) Frecuentes y reiteradas quejas y visitas al médico (o equivalente), por un supuesto padecimiento grave en un órgano o sistema dependiente del sistema nervioso vegetativo.
- b) Las quejas son, en general, ambiguas y subjetivas (ardentía, sensación de peso o tener "una pelota", estar "hinchado", etc.)
- c) Síntomas de disfunción vegetativa referidos a uno o más sistemas u órganos.
- d) Rechazo del paciente a excluir una causa somática, no obstante los resultados de los exámenes clínicos y complementarios.
- e) El cuadro clínico no es mejor explicable como parte de otro trastorno o enfermedad somática o mental.

La presencia de una alteración somática no excluye el diagnóstico, si la misma no justifica la presencia o intensidad del trastorno.

En los criterios para investigación de la CIE-10 se exige que entre los síntomas referidos en el criterio b se encuentren (uno o más de ellos):

- Dolor torácico o malestar precordial
- Disnea o hiperventilación
- Cansancio exagerado
- Aerofagia, hipo o pirosis

- Quejas de tránsito intestinal acelerado
- Polaquiuria o disuria
- Sensación de tumescencia o pesadez en los miembros

También se aclara explícitamente que entre los síntomas vegetativos requeridos para el diagnóstico deben estar (dos al menos):

- Palpitaciones
- Sudoraciones
- Sequedad en la boca
- Sofocaciones o ruborizaciones
- Malestares epigástricos o estomacales (salto epigástrico, estómago indispuesto, por ejemplo)

Diagnóstico diferencial

En primer lugar, debe ser descartado el resto de los trastornos registrables en esta categoría F45.

La posibilidad de que los síntomas se deban a una enfermedad somática, una depresión, o un trastorno cerebral orgánico debe tenerse en cuenta, sobre todo en los casos de comienzo tardío. No deben ser tampoco olvidados los trastornos que evolucionan con ideas delirantes corporales, los trastornos ficticios y la simulación, así como los trastornos neuróticos.

El órgano o sistema implicado puede señalarse con un quinto dígito:

F45.30 Del corazón y del sistema cardiovascular

Incluye: neurosis cardíaca, astenia neurocirculatoria y síndrome de Da Costa

F45.31 Del tracto gastrointestinal alto

Incluye: aerofagia e hipo psicógenos, neurosis gástrica, dispepsia psicógena y piloro-espasmo.

F45.32 Del tracto gastrointestinal bajo

Incluye: síndrome del colon irritable psicógeno, diarreas o flatulencia y meteorismo psicógenos.

F45.33 Del sistema respiratorio

Incluye: hiperventilación y tos psicógenas.

F45.34 Del sistema urogenital

Incluye: disuria, polaquiuria, vejiga nerviosa.

F45.38 Otra disfunción vegetativa somatomorfa

F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo

La queja fundamental de este trastorno la constituye la presencia de un dolor, cuya aparición o intensidad no puede ser atribuida a ninguna otra afección somática o mental.

Este trastorno, se asocia, por lo general, a conflictos psicológicos que pueden explicar el síndrome, pero, en otras ocasiones, tal asociación no puede establecerse.

Pautas para el diagnóstico

Un dolor, con las características descritas en el primer párrafo de la introducción a esta subcategoría (F45.4) ha estado presente, de manera consistente, durante no menos de 6 meses.

Estos criterios coinciden con los CDI (CIE-10). En el DSM-IV, se dividen dichos trastornos mediante un 5to. dígito, según el dolor se asocie (exclusiva o predominantemente) a factores psicológicos, corporales, o ambos. En el 2do. caso, no se consideraría un trastorno mental.

En dicho manual se aclara, de manera explícita, que el dolor no debe ser autoprovocado o fingido, y que la dispareunia queda excluida de esta subcategoría.

F45.8 Otros trastornos somatomorfos, especificados

Estos trastornos se caracterizan porque las quejas se refieren a partes del cuerpo específicas e inervadas por el sistema nervioso de la vida de relación.

Incluye:

- Sensaciones anormales referidas a la piel y el tejido celular subcutáneo (psicógenos)
- Globo histérico
- Tortícolis,
- Dismenorrea y prurito (psicógenos)
- Bruxismo

Pautas para el diagnóstico

- a) Cuadro clínico como el antes descrito.
- b) Ausencia de lesión hística.
- c) Exclusión de otras posibles causas.

F45.9 Trastorno somatomorfo, no especificados

Incluye: trastorno psicofisiológico o psicosomático sin especificación.

F48 OTROS TRASTORNOS NEURÓTICOS

F48.0 Neurastenia

La característica rectora de este trastorno es una marcada fatigabilidad física y mental. El paciente se siente falto de fuerzas y de resistencia, lo que merma significativamente su rendimiento personal y social.

Los síntomas tienden a empeorar según avanza el día, e incluyen además distractibilidad y dismnias, así como manifestaciones ansiosas y depresivas, trastornos del sueño, algias y otras manifestaciones de corte hipocondríaco.

También se ha señalado la asociación de este trastorno al hábito corporal leptosómico y el empeoramiento vespertino de los síntomas.

En nuestro país, es muy frecuente la aparición de dificultades sexuales (falta de deseo o disfrute sexual, eyaculación precoz, ausencia de orgasmo, erección insuficiente o ausente, etc.)

Entre los síntomas más comunes en nuestro medio, se encuentran también 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 "celebro".

También resulta frecuente, en nuestro entorno sociocultural, la aparición de síntomas neurasténicos causados por el exceso de trabajo (sobre todo intelectual) y de tensiones emocionales de larga duración, en personas que ocupan puestos de trabajo sin la suficiente preparación, o en condiciones que dificultan su desempeño en él, así como en sujetos que deben comenzar estudios (para ellos complejos) durante su tiempo libre, o tras muchos años de inactividad escolar (como educandos).

Estos pacientes no deben ser codificados aquí, sino en F43.28 trastorno de adaptación neurasteniforme.

Aquellos clínicos que deseen formular el diagnóstico de neurosis neurasténica harán uso de la frase calificativa .X6 "con desarrollo neurótico", ejemplos:

Neurosis neurasténica F48.06

Neurastenia (o síndrome neurasténico) con desarrollo neurótico F48.06.

Pautas para el diagnóstico

- a) Existencia, durante 3 meses o más, de un síndrome caracterizado por un injustificado cansancio y falta de energía vital (falta de fuerzas), así como de un agotamiento precoz (fatigabilidad); manifestaciones que afectan tanto la actividad física, como la mental, y no desaparecen tras un descanso normal.
- b) Dichas manifestaciones afectan la calidad de vida del paciente de modo significativo.
- c) Presencia de varias (preferiblemente 3 ó más) del resto de los síntomas mencionados en la introducción a esta subcategoría.
- d) El síndrome no es causado por otro trastorno somático o mental.

Nota: especial interés debe ponerse en excluir, como causa de los síntomas, a las enfermedades somáticas y orgánico-cerebrales (incluidas las sintomáticas), así como los estados depresivos. Estos criterios son compatibles con los CDI de la CIE-10.

Incluye:

- Neurosis neurasténica (F48.06)

Excluye:

- Psicosis sintomáticas
- Trastorno de adaptación neurasteriforme (F43.28)

F48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización

Se trata de un trastorno en que el paciente percibe el entorno y a sí mismo con extrañeza, “como si” hubiesen cambiado o le fuesen ajenos. El paciente puede sentir “como si” su propia actividad psíquica y comportamental le fuera de alguna manera ajena. El mundo exterior puede vivenciarse como distante, vacío, o extraño “como si” fuera artificial, o como un escenario sobre el que las personas actúan.

Raramente, un síndrome de desrealización-despersonalización se presenta como un trastorno codificable en sí mismo. Por lo general, ocurre como un fenómeno no morboso en personas normales, o forma parte de otro trastorno más amplio, como por ejemplo, los trastornos cerebrales orgánicos y sintomáticos, los debidos al uso de drogas, los trastornos disociativos (incluidos los de trance y posesión), las depresiones y las reacciones a estrés agudo, por ejemplo.

También aparecen frecuentemente dichas manifestaciones en los períodos prodrómicos de los trastornos psicóticos. En estos casos (si existe seguridad del carácter prodrómico de los síntomas), no se formulará el diagnóstico de esta subcategoría (F48.1), sino el de la psicosis pertinente, y se usará la frase calificativa “en fase prodrómica”.

El trastorno de despersonalización-desrealización no será diagnosticado, si sólo ocurre mientras evoluciona otro trastorno codificable en sí mismo.

Se ha subrayado y usado con frecuencia el vocablo “como si” para acentuar y dejar bien claro el hecho de que el paciente tiene clara conciencia, de que las rarezas que percibe en el entorno o en sí mismo, no tienen un carácter objetivo (son solamente una “impresión” subjetiva y morbosa), lo que expresa claramente con las palabras “... **es como si** ...”, cosa esta que las diferencia de las ideas delirantes.

Pautas para el diagnóstico

- a) Presencia de un síndrome de despersonalización, de desrealización, o de ambos, con las características antes descritas.
- b) El trastorno ha sido lo suficientemente intenso y prolongado (o frecuentemente recidivante), como para causar molestias o preocupaciones importantes al paciente o afectar su calidad de vida.
- c) Existe crítica del carácter morboso de esas vivencias (“como si”).
- d) La posibilidad de que se trate de un fenómeno normal para la situación y cultura del sujeto que lo experimenta y de que los síntomas formen parte de otro trastorno o enfermedad somática o mental codificable, puede ser racionalmente excluida.

Diagnóstico diferencial

Ver descripción de esta subcategoría (F48.1).

F48.8 Otros trastornos neuróticos, especificados

Se ubicarán aquí aquellos trastornos que:

- a) Sean de causa presuntamente psicógena.
- b) Tengan un nivel neurótico de funcionamiento.
- c) Tengan características propias, capaces de distinguirlos de los demás trastornos y dotarlos de especificidad taxonómica y nombre propio.
- d) No sean parte de otro trastorno más amplio.

Nota: La CIE-10 incluye aquí a un grupo de los así llamados síndromes ligados a la cultura (síndrome de Dath, Koro y Latah), así como a la neurosis psicasténica.

Respecto al primero, aunque su ubicación en esta subcategoría es discutible, por razones de orden práctico se prefirió mantener, al menos provisionalmente, su registro aquí.

La neurosis psicasténica o neurasténica, será clasificada en el GC-3 dentro de la subcategoría F48.0 (neurastenia), mediante el uso de la frase calificativa .X6 (F48.06) con desarrollo neurótico, ver F48.0

Incluye:

Síndrome de Dhat.
Koro.
Latah.
Neurosis ocupacional (incluye calambre del escribiente).
Psicastenia.
Síncope psicógeno.
Neurosis de renta. (F48.86)

Excluye:

- Psicasténica, asténica (neurosis) F48.06
- Elaboración psicológica de síntomas somáticos (F68.0)
- Trastorno facticio (F68.1)
- Descompensaciones de trastornos de la personalidad ubicables en F60-F69

F48.9 Trastorno neurótico, no especificado

Incluye: Neurosis sin especificación. (F48.96).

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

INDICE DE ESTA SECCION

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, especificados.
((Otros trastornos no orgánicos del sueño))

F51.9 - Trastorno no orgánico del sueño, no especificado.

F52 - Disfunción sexual, no ocasionada por trastorno ni enfermedad somática

F52.0 - Falta o pérdida del deseo sexual

F52.1 - Aversión al sexo y falta de goce sexual

F52.2 - Falla de la respuesta genital

F52.3 - Disfunción orgásmica

F52.4 - Eyaculación precoz.

F52.5 - Vaginismo no orgánico.

F52.6 - Dispareunia no orgánica.

F52.7 - Impulso sexual excesivo.

F52.8 - Otras disfunciones sexuales, no ocasionadas por trastorno ni por enfermedad somática, especificadas.

F52.9 - Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni por enfermedad somática, no especificada.

F53 - Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el periodo grávido- puerperal no clasificados en otra parte

***((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 periodo grávido puerperal, no clasificables en otra parte.

((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 periodo grávido puerperal, no clasificados en otra parte.

((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 período grávido puerperal, no clasificados en otra parte.

((Otros trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte))

F53.9 - Trastorno mental grávido puerperal, no especificado

((Trastorno mental puerperal, no especificado))

F54 - Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otra parte

F55 - Abuso de sustancias que no producen dependencia

F59 - Trastornos del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores somáticos, no especificados

((Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos, no especificados))

F50 TRASTORNOS DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS

Se registrarán en esta categoría los trastornos de la alimentación de causas psicógenas, con las excepciones más abajo mencionadas.

Excluye: Trastornos de la ingestión alimentaria en la infancia (F98.2), dificultades y deficiente administración de la alimentación (R63.3), anorexia SAI (R63.0), pica en la infancia (F98.3).

F50.0 Anorexia nerviosa

Se trata de un trastorno caracterizado por una significativa reducción en los patrones de consumo alimentario, con el propósito de llegar a estar, o mantenerse por debajo de un límite de peso, que el propio paciente se impone.

Tanto el peso límite perseguido, como la intensidad de la dieta y otras medidas tomadas por el paciente para conseguir sus propósitos (ejercicios, catárticos, vómito inducido, etc.) son claramente exagerados, aunque el mismo no suele tener percatación de ello.

Un temor irracional y desproporcionado a la obesidad (básicamente por su repercusión en el aspecto físico) ha sido históricamente aceptado como la motivación psicológica del síndrome. Sin embargo, el hecho de que en China y en culturas donde no se rinde culto a la esbeltez, tales preocupaciones estén habitualmente ausentes del cuadro clínico, introduce la duda sobre si el temor a la gordura es un mecanismo psicológico básico, o sólo una racionalización culturalmente inducida.

El cuadro clínico se acompaña de una desnutrición mensurable, así como de alteraciones endocrino-metabólicas de mayor o menor intensidad.

Este trastorno es característico del sexo femenino y de la etapa de la adolescencia, aunque puede afectar a varones y una minoría de los pacientes inician la enfermedad antes o después de esa etapa.

Pautas para el diagnóstico

- a) Sustitución por el paciente de los valores mínimos de peso (según talla y edad) científica y popularmente admitidos para su entorno social, por otros propios (personales), con un dintel de peso, al menos un 15% inferior al debido.
- b) Marcada preocupación y miedo a ganar de peso o engordar. Ver nota al respecto.
- c) Realización de dietas, purgas, ejercicios y otros procedimientos encaminados a mantener el peso corporal por debajo del límite arbitrariamente fijado por el paciente.
- d) Como consecuencia de lo anterior, el peso se mantiene al menos un 15% por debajo del mínimo normalmente establecido para la edad y talla del sujeto (por pérdida de peso o fallo en aumentar éste al ritmo requerido por el desarrollo).
- e) Presencia de evidencias de malnutrición por defecto y de un síndrome endocrino (eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal), con amenorrea-trastornos sexuales.
- f) No existirán episodios de bulimia ni el deseo imperioso de comer.

Nota: La preocupación por el aspecto físico (que tanto la CIE-10 como el DSM-IV sitúan entre los requisitos diagnósticos), es un criterio importante, pero no se considera imprescindible no se considera imprescindible para el diagnóstico, no obstante ser muy frecuente, por las razones ya argumentadas.

Estos criterios (con la salvedad contenida en la nota antes expuesta), se corresponden con los CDI de la CIE-10 y los del DSM-IV.

El diagnóstico de Anorexia nerviosa en el DSM-IV es compatible con la existencia de episodios de hiperfagia acompañados de vómitos autoprovocados o uso de diuréticos, laxantes o enemas.

Diagnostico diferencial

El cuadro clínico de la anorexia nerviosa suele ser muy típico, por lo que rara vez surgen dudas diagnósticas. No obstante, deben tenerse en cuenta las afecciones somáticas

anorexígenas y consuntivas, los síndromes delirantes de daño o perjuicio (envenenamiento) y aquellos trastornos que evolucionan con afectaciones del esquema corporal, así como los trastornos depresivos y por supuesto, la anorexia nerviosa atípica, la bulimia nerviosa y los vómitos de causa psíquica.

F50.1 Anorexia nerviosa atípica

Se ubicarán aquí aquellos pacientes en los que faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa (F50.0), pero que, por lo demás, satisfacen los criterios de F50.0.

F50.2 Bulimia nerviosa

Se trata de un trastorno, en cierto modo relacionable con la anorexia nerviosa, por ser ésta un antecedente frecuente (pero no obligado) de la bulimia y por compartir la preocupación exagerada por el peso corporal y el uso de medidas drásticas para rebajar, o no aumentar de peso, aunque los pacientes con bulimia no necesariamente están por debajo de su peso ideal (según tablas para peso y talla), e incluso pueden presentar obesidad.

El cuadro clínico se caracteriza por un deseo irresistible de comer en grandes cantidades (deseo al que el paciente suele sucumbir, e incurrir en frecuentes “atracones”) y una marcada preocupación por el peso y la figura corporal, que lo llevan a tratar de reducir o mantener el peso por medio de métodos similares a los descritos en la anorexia nerviosa, los cuales pueden ocasionar desbalances electrolíticos.

Al igual que la anorexia nerviosa, es una afección típica de países desarrollados, su relación con el sexo y la edad son similares a los de aquélla, y muy poco se sabe sobre su patoplastia en otras culturas.

Pautas para el diagnóstico

- a) Episodios reiterados de ingestión exagerada de alimentos por no menos de 3 meses.
- b) Deseos persistentes e irresistibles de comer y preocupaciones acerca de la comida.
- c) Uso de dietas, ejercicios, vómito autoprovocado y otras medidas para controlar el peso.
- d) Preocupación excesiva por el peso o imagen corporal (obesidad) o convicción errónea o sobrevalorada de padecer de obesidad.

F50.3 Bulimia nerviosa atípica

Se ubicarán aquí aquellos pacientes con bulimia nerviosa, en los que falte uno de sus componentes principales, pero que, por lo demás, son típicos de dicha entidad.

F50.4 Hiperfagia asociada con otras alteraciones psicológicas

Se registrarán aquí aquellos pacientes, que como consecuencia de situaciones estresantes, incorporan patrones de ingestión exagerada de alimentos y presentan obesidad.

F50.5 Vómitos asociados con otras alteraciones psicológicas

Se codificarán aquí aquellos cuadros clínicos caracterizados por vómitos de causas psicógenas y que no formen parte de una anorexia o bulimia nerviosa (F50.0 a F50.3).

Incluye: Vómitos psicógenos, hiperemesis gravídica psicógena.

Excluye: Náuseas y vómitos sin especificar (R11).

F50.8 Otros trastornos de la ingestión de alimentos

Incluye: Disminución psicógena del apetito, pica en adultos de origen no orgánico.

F50.9 Trastornos de la ingestión de alimentos, no especificados

F51 TRASTORNOS NO ORGÁNICOS DEL SUEÑO

En este apartado se incluyen dos tipos de trastornos psicógenos del sueño:

- a) Los trastornos relacionados básicamente con el dormir, como el insomnio y el hypersomnio.
- b) Los trastornos de tipo onírico (parasomnias) tales como las pesadillas, los terrores nocturnos y el sonambulismo. Si un trastorno no orgánico del sueño aparece como parte del cuadro clínico de una afección somática o mental más amplia, puede codificársele aparte si se juzga conveniente. (ver nota, más adelante)

Los trastornos del dormir, que no sean debidos a factores psicógenos, no serán incluidos aquí, sino en el capítulo de la CIE-10 al que correspondan.

Excluye:

Trastornos no psicógenos con hypersomnio o ciclo inadecuado (G47.4 y G 47.2), Apnea de sueño (G 47.3), Mioclonías nocturnas (G 25.3), Síndrome de Klein Levin (G 47.8)

F51.0 Insomnio no orgánico

Se registrarán en esta subcategoría aquellos cuadros clínicos en que la falta de un sueño satisfactorio y reparador, sea la queja única o principal.

El paciente refiere no haber descansado adecuadamente debido a la baja cantidad o calidad del sueño, y como consecuencia, manifiesta síntomas típicos como fatigabilidad, irritabilidad, somnolencia diurna, distractibilidad, sensación de “ardentía” en los ojos, etc.

El diagnóstico de un insomnio psicógeno no puede hacerse mecánicamente. En primer lugar, la cantidad de sueño necesario para un descanso satisfactorio varía mucho de un

individuo a otro, por lo que una misma cantidad de horas dormidas puede ser exagerada, normal o insuficiente, según quien las duerma.

Por otra parte, muchas enfermedades somáticas y mentales presentan insomnio entre sus síntomas. Además, la ingestión de sustancias psicoactivas y los malos hábitos en la higiene del sueño suelen ser causa de quejas sobre la calidad de éste que no deben incluirse aquí.

Por ejemplo, hay personas que se acuestan muy temprano o tienen la costumbre de dormir largas siestas, por lo que despiertan en la madrugada, y aunque el sueño haya sido suficiente, lo inadecuado de la hora para estar despierto les crea problemas.

Por último, en nuestro medio, la queja de dormir mal es un componente muy frecuente en los trastornos hipocrondríacos; especialmente en personas de edad avanzada, es frecuente que se registre este síntomas, no obstante el hecho de dormir un número suficiente de horas, y no presentar durante la vigilia los síntomas típicos del insomnio.

Esta subcategoría debe reservarse para el insomnio primario, o sea, cuando el mal dormir y los síntomas que de él se derivan, son los únicos, o al menos los más importantes síntomas que presenta el paciente, y en los que el insomnio no es la consecuencia de otro trastorno codificable (dolor causado por una afección somática, tirotoxicosis, episodio depresivo o delirante, etc.)

Pueden, sin embargo, coexistir los dos diagnósticos, si el insomnio existía antes o se mantiene después de haber sido yugulada la enfermedad somática o mental que coexistió con él, o lo exacerbó.

Nota: En la CIE-10 se puede hacer uso de esta categoría para codificar aquellos insomnios causados por una enfermedad somática o mental, si el insomnio es un síntoma predominante en el cuadro clínico y requiere atención especial (se harían ambos diagnósticos). En el GC3, sin embargo (con el propósito de reservar F51.0 para los insomnios primarios), se ha preferido codificarlos, como un segundo diagnóstico, en F51.8 “Otros trastornos no orgánicos del sueño” como insomnio debido a (especificar causa).

El diagnóstico de insomnio no orgánico no se hará si éste solamente ocurre en asociación con otros trastornos no orgánicos del sueño.

Pautas para el diagnóstico

a) El síntoma único o principal es un dormir que cualitativa o cuantitativamente resulta insuficiente para cumplir su función, y que se ha presentado varias veces a la semana durante un mes por lo menos.

- b)Preocupaciones excesivas con respecto al dormir (durante el día) y tensión anticipatoria a la hora de hacerlo, que crea un círculo vicioso ansiedad-insomnio-ansiedad.
- c)Presencia de síntomas consecutivos al insomnio durante el día (ver descripción de esta subcategoría).
- d)Las manifestaciones son lo suficientemente intensas como para afectar la calidad de vida del paciente.
- e)El insomnio es de causa psicógena y primaria (no es causado por ninguna condición somática o mental codificable).
- f) El trastorno no se asocia a ningún otro trastorno específico del sueño.

Relaciones con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Los requerimientos diagnósticos de la CIE-10 para investigaciones y el DSM-IV, son esencialmente similares a los de este manual.

F51.1 Hipersomnio no orgánico

Este trastorno se caracteriza por dificultades en el mantenimiento de la vigilia diurna, debido a ataques de sueño, somnolencia o a una transición del sueño a la vigilia muy lenta, que no es explicable por una carencia de sueño nocturno, ni con base en alguna alteración o trastorno somático o mental diagnosticable *ad hoc*.

Pautas para el diagnóstico

- a)Presencia de un cuadro clínico como el descrito en el párrafo anterior, de duración, frecuencia e intensidad suficientes como para afectar la calidad de vida del paciente.
- b)El hipersomnio no ocurre exclusivamente mientras evoluciona una narcolepsia, una apnea del sueño, una alteración del ciclo sueño vigilia o una parasomnia.
- c)La posibilidad de que los síntomas se deban a un dormir insuficiente o estado de agotamiento, una lesión o disfunción del encéfalo, o a alguna lesión, enfermedad o trastorno codificable en otra parte de este manual, puede ser excluida.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Esas pautas coinciden, en términos generales, con los CDI de la CIE-10, y el DSM-IV. En esos manuales (ver inciso a) se precisa una duración de los síntomas, de no menos de un mes, o períodos menores, pero recurrentes.

En la CIE-10, se permite hacer el diagnóstico de hipersomnio no orgánico (como segundo diagnóstico), cuando éste es debido a otro trastorno mental (una depresión, por ejemplo), pero es señalado en el paciente como una de sus quejas fundamentales.

El DSM-IV denomina esa categoría "Hipersomnio primario", por lo que no puede ser diagnosticado en ninguna circunstancia cuando es la consecuencia de otro trastorno codificable en sí mismo.

Diagnostico diferencial

El hipersomnio psicógeno debe diferenciarse de la narcolepsia, en la que el sueño nocturno es más breve e irregular, además de presentar estados fásicos. En el hipersomnio psicógeno predominan los periodos más largos de somnolencia (no reparadora) sobre los típicos ataques de sueño breve y reparador de la narcolepsia.

Las dificultades para dormir en la apnea de sueño pueden provocar somnolencia diurna, pero su amplio cortejo sintomático permite diferenciarla del hipersomnio no orgánico.

Los trastornos del ciclo sueño-vigilia se caracterizan también por somnolencia diurna pero, en ellos, no es la cantidad y calidad de sueño, sino el horario inadecuado en que aparece, el motivo principal de consulta.

Por último, la somnolencia es un síntoma frecuente en ciertas lesiones o disfunciones encefálicas, así como en numerosas enfermedades somáticas y mentales (especialmente las depresiones).

F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia

En este trastorno, los patrones circadianos del dormir no se ajustan a las necesidades del individuo, de modo tal que la somnolencia aparece en el momento en que es necesaria la vigilia y viceversa, lo cual da origen a quejas, tanto de insomnio como de hipersomnio, así como a dificultades en el cumplimiento de las tareas regidas por un horario estricto.

Pautas para el diagnóstico

- a) Patrones de alternancia de sueño-vigilia inadecuados, que han estado presente de manera consistente durante no menos de 1 mes (o periodos más cortos reiterados).
- b) El trastorno es lo suficientemente intenso como para menoscabar la calidad de vida del paciente.

Esas pautas satisfacen los requerimientos esenciales de los CDI (CIE-10) y el DSM-IV.

Incluye: Inversión psicógena del ritmo circadiano, del sueño, o nictameral.

F51.3 Sonambulismo

Se trata de un trastorno caracterizado por un solapamiento de comportamientos propios del sueño con otros que corresponden a la vigilia.

Durante el primer tercio del sueño, el paciente suele levantarse de la cama y salir de la habitación e incluso de la casa.

Su conducta evidencia un alejamiento de la realidad circundante, con mirada fija y lejana y una reactividad muy disminuida al entorno. Como regla, la actividad sonambúlica no es recordada por el paciente.

Pautas para el diagnóstico

- a) Presencia del cuadro clínico antes descrito.
- b) El fenómeno es lo suficientemente frecuente e intenso como para necesitar a ayuda médica.
- c) Después de terminado el episodio sonambúlico, las facultades mentales y comportamentales del paciente se normalizan en un breve lapso (minutos), aunque un breve estado confusional puede aparecer en los primeros momentos.
- d) La posibilidad de que los síntomas sean causados por alguna alteración orgánica o sintomática del encéfalo o por otro trastorno somático o mental codificable puede ser razonablemente excluida.

Estas pautas se corresponden en general, con las de los CDI (CIE-10) y las del DSM-IV.

Diagnóstico diferencial

El sonambulismo debe ser diferenciado del resto de los trastornos no orgánicos del sueño, especialmente con los terrores nocturnos (con los que comparte muchas características), aunque el estado de terror y los gritos con que se manifiestan estos últimos son raros en el sonambulismo.

También la epilepsia psicomotora puede crear dificultades diagnósticas, cuando los ataques ocurren solamente durante el sueño. El carácter más estereotipado, iterativo y restrictivo de los movimientos en la epilepsia, así como el estudio integral al paciente permitirán hacer un diagnóstico correcto.

F51.4 Terrores del sueño [terrores nocturnos]

Los terrores nocturnos hacen su aparición habitualmente durante la infancia (preferentemente entre los 4 y 7 años de edad) aunque son frecuentes hasta los 12 años y pueden aparecer durante la adultez (a esta edad suele ser indicador de un trastorno psíquico de base). Típicamente tienen un comienzo brusco, el paciente se sienta en la cama o se incorpora con manifestaciones evidentes de terror (gritos, expresión de angustia, llanto, etc.) y signos evidentes de hiperactividad vegetativa, (aumento de la frecuencia cardíaca, respiratoria, sudoración, midriasis, etc.).

Durante el episodio, el paciente se muestra enajenado de la realidad externa (no es posible captar su atención, calmarlo, ni consolarlo y es muy difícil despertarlo), y aunque su conducta parece motivada por imágenes oníricas, el paciente (contrariamente a lo que

sucede en las pesadillas) si se despierta no tiene recuerdos del material onírico, o sólo es capaz de evocar algunas imágenes incoherentes y cargadas de profunda emotividad. Cuando el paciente vuelve a la cama sin despertarse no recuerda al día siguiente lo que pasó.

Pautas para el diagnóstico

- a) Presencia de un cuadro clínico como el anteriormente descrito, lo suficientemente frecuente o intenso como para constituir una importante preocupación o limitación para el paciente o sus familiares.
- b) Otras posibles causas de los síntomas pueden ser racionalmente excluidas.

Estos criterios satisfacen, en lo fundamental, las pautas para investigación de la CIE-10 y los requisitos exigidos en el DSM-IV.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial es, en esencia, el mismo del sonambulismo. También hay que diferenciar este trastorno de las pesadillas, las cuales aparecen más frecuentemente entre los 8 y los 10 años de edad. Además, el paciente es más fácil de despertar (o lo hace espontáneamente) y de consolar, y luego, puede relatar el sueño terrorífico.

F51.5 Pesadillas

Las pesadillas son sueños con una alta carga emocional egodistónica, su ocurrencia esporádica es un fenómeno normal, sobre todo en la niñez, pero cuando por su alta frecuencia repercuten sobre la calidad del sueño y crean un malestar significativo en el paciente constituyen un trastorno.

Pueden presentarse en cualquier momento del sueño diurno o nocturno, pero con preferencia ocurren en la segunda mitad de este último. Aparecen como norma dentro del sueño REM, aunque excepcionalmente se producen fuera de él.

El paciente suele ser despertado por la experiencia onírica, recobrando, casi de inmediato, sus funciones de integración y pudiendo relatar con detalles el sueño que tuvo. No obstante, si el paciente no se despierta, algunos detalles (a veces una parte sustancial) del material onírico pueden haber sido olvidados a la mañana siguiente.

Pautas para el diagnóstico

Como se anticipó en la descripción de esta subcategoría este trastorno está dado por la presencia de pesadillas tal y como fueron descritas, en grado suficiente para merecer la atención del equipo de salud. Además, las pesadillas no pueden ser parte de un trastorno más amplio (de estrés postraumático, por ejemplo) ni ser consecutivos a los efectos de sustancias psicoactivas o tener como causa un trastorno mental codificable en sí mismo.

Estos criterios diagnósticos se corresponden con los del DSM-IV y los CDI de la CIE-10.

Diagnóstico diferencial

Es en esencia el mismo de los terrores nocturnos. Debe tenerse especial cuidado en asegurarse que no se estén asociadas a la ingestión de fármacos u otras sustancias psicoactivas.

F51.8 Otros trastornos no orgánico del sueño, especificados

F51.9 Trastorno del sueño de origen no orgánico, no especificado

F52 DISFUNCIÓN SEXUAL, NO OCASIONADA POR TRASTORNO NI ENFERMEDAD SOMÁTICAS

Para incluir a un paciente en esta categoría, es necesario que:

a)El individuo sea incapaz de tener relaciones sexuales de acuerdo con sus deseos, siempre que éstos se correspondan racionalmente con su edad, estado físico, calidad del estímulo sexual, condiciones ambientales y otros factores, que influyen normalmente en el desempeño sexual. Esto implica que hay un déficit primario en él (ella), con dificultades inherentes a la excitación, respuesta genital u orgasmo, o experimentación de dolor.

Tampoco estas dificultades estarán causadas ni consistirán en un deseo sexual aberrado.

b)Esta incapacidad, ha estado presente, de forma consistente (aunque no necesariamente siempre) por no menos de 6 meses, y ocasiona una significativa disminución en la calidad de vida.

c)El trastorno es básicamente psicógeno y primario.

Si coexisten otros trastornos somáticos o mentales, capaces de influir negativamente en el desempeño sexual, la disfunción no ocurrirá exclusivamente durante su evolución (episodio depresivo, por ejemplo), ni podrá ser atribuida a ellos, aunque pudieran contribuir, en alguna medida, (no fundamental) al cuadro clínico.

d)Tampoco será causada por inadecuaciones en la técnica sexual o de la pareja, ni por factores circunstanciales (fatiga, ingestión de sustancias, tensiones ajenas al acto sexual, entorno poco gratificante, etc.)

F52.0 Falta o pérdida del deseo sexual

El síntoma primario y central es una falta de motivación para emprender actividades o fantasías sexuales.

Pautas para el diagnóstico

a)Se cumplen los requerimientos generales de F52.

b)El problema central es una falta de motivación por la sexualidad.

Incluye: frigidez

F52.1 Aversión al sexo y falta de goce sexual

Este trastorno tiene dos variantes:

F51.10 Rechazo sexual. La relación erótica en sí resulta egodistónica, lo que provoca una conducta de evitación. El rechazo no es debido a temor al fracaso o preñez, sentimientos de culpa o vergüenza ni otros factores externos.

F51.11 Ausencia de placer sexual. Trastorno en el que la relación puede efectuarse de forma normal desde el punto de vista objetivo, pero la satisfacción subjetiva (placer) está ausente o significativamente disminuida.

Estos criterios (F52.10 y F52.11) son compatibles con los CDI de la CIE-10 .

La subcategoría F52.10 se corresponde con el "Sexual Aversion Disorder". En ese manual, no existe un equivalente para la subcategoría F52.11.

F52.2 Falla de respuesta genital

Este trastorno está dado, en el hombre, por una ausencia o insuficiencia de la erección. La tumefacción del pene puede ser insuficiente, no ocurrir o presentarse por un tiempo demasiado breve (se pierde antes de la penetración o poco después de ésta, pero siempre antes de llegar al orgasmo) mientras que en la mujer, está caracterizado por una falta de lubricación de la vagina, que puede estar ausente total o parcialmente (cantidad o tiempo demasiado breve), o presentarse en unas circunstancias y en otras no.

Pautas para el diagnóstico

- a)El diagnóstico consiste en la identificación de los síntomas antes mencionados.
- b)Se satisfacen los criterios generales de F52.

Estos criterios son compatibles con los CDI de la CIE-10.

En el DSM-IV, ese trastorno se registra en subcategorías independientes, en razón del sexo del paciente. No obstante, los criterios en ambos casos coinciden con los expuestos anteriormente, aunque están menos detallados.

Incluye: Impotencia psicógena, trastornos de la erección.

F52.3 Disfunción orgásmica

Este trastorno consiste en que en una actividad sexual por lo demás normal, el orgasmo se demora excesivamente o está ausente,

Pautas para el diagnóstico

- a) La demora o ausencia del orgasmo es un síntoma primario y central.
- b) La disfunción ocurre no obstante el hecho de que la actividad sexual transcurra en circunstancias adecuadas (estímulo, entorno, etc.) y la existencia de una excitación y respuesta genital apropiadas.
- c) Se satisfacen los criterios generales de F 52.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estas pautas son compatibles con las del DSM-IV y con los CDI de la CIE-10, aunque en esos manuales las circunstancias y variedades del fallo orgásmico están desglosadas, en el DSM-IV se utilizan subcategorías independientes para hembras y varones.

Incluye: anorgasmia (psicógena)

F52.4 Eyaculación precoz

Se trata de un trastorno en que la eyaculación ocurre antes de que el paciente y su pareja hayan tenido tiempo de tener una relación sexual satisfactoria.

La eyaculación puede ocurrir antes de la penetración (incluso antes de la erección), o muy brevemente después de ella, y no es debida a una mala técnica sexual.

Pautas para el diagnóstico

- a) Imposibilidad de postergar la eyaculación el tiempo necesario para tener una relación de pareja satisfactoria.
- b) Se cumplen los criterios generales de F52.

Estos criterios coinciden, en forma general, con los del DSM-IV y las pautas para investigaciones de la CIE-10, aunque estas últimas están más detalladas.

F52.5 Vaginismo no orgánico

Consiste en una contracción de la musculatura perivaginal, que obstaculiza, impide o hace dolorosa la penetración. Para hacer este diagnóstico, también deben ser satisfechas las pautas generales de F52.

F 52.6 Dispareunia no orgánica

Se caracteriza por una penetración dolorosa, en ausencia de un trastorno físico que lo explique. Es aplicable a hombres y mujeres y no puede ser consecuencia de otra disfunción sexual.

El diagnóstico se hace con base en un cuadro clínico como el antes descrito, en un paciente en que los requerimientos generales de F52 son satisfechos.

Estos criterios concuerdan con los de los CDI (CIE-10) y los del DSM-IV.

F52.7 Impulso sexual excesivo

Este trastorno puede aparecer tanto en varones como en mujeres, que sientan que sus impulsos sexuales son exagerados. Cuando el impulso sexual excesivo es secundario a otros trastornos no debe codificarse aquí.

La satisfacción de los criterios generales de F52 es requisito indispensable para el diagnóstico.

Incluye: Ninfomanía, satiriasis, fuego uterino (término popular utilizado en Cuba).

F52.8 Otras disfunciones sexuales, no ocasionadas por trastornos ni por enfermedad somática, especificada

F52.9 Disfunción sexual no ocasionada por trastornos, ni por enfermedad somáticos, no especificados

F53 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS CON EL PERIODO GRÁVIDO PUERPERAL NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE

INTRODUCCION

Se incluirán aquí aquellas manifestaciones psíquicas de carácter no orgánico, que ocurren durante el embarazo, parto o puerperio, y que se crean relacionadas directamente con cualesquiera de ellos.

En ningún caso se utilizará esa categoría para registrar cuadros clínicos que satisfagan los requerimientos diagnósticos de algún trastorno orgánico o sintomático (cat.F00-F09) o debido al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19).

Si se considera que el síndrome orgánico o sintomático se debe a una complicación del estado grávido o puerperal de la paciente, ha sido precipitado por éste de alguna manera, o se relaciona directa e íntimamente con él, se hará uso de un doble diagnóstico, uno para el síndrome en cuestión y otro, O99.3. Enfermedades Mentales y del Sistema Nervioso complicadas con el Embarazo, Parto o Puerperio.

Si se desea registrar la asociación casual entre un trastorno codificable en sí mismo y el período que nos ocupa, el primero se codificará en la categoría a que corresponda y el segundo en el Eje III “Factores Psico-Ambientales Adversos” o en el IV, “Otros Factores Psico-Ambientales”, según el estado grávido-puerperal constituya o no un factor desfavorable para la evolución y desenlace del trastorno.

Cuando por razones personales o del entorno micro o macrosocial, el embarazo o puerperio constituya una fuente de estrés de gran magnitud, y esto sea la causa del trastorno, es preferible utilizar la categoría F43 "Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación", y se registra su relación con el embarazo, parto o puerperio mediante un doble diagnóstico (O99.3)

Cuando el cuadro clínico actual remede (sin satisfacer plenamente las pautas) o cumpla los requerimientos diagnósticos de un trastorno codificable en las categorías F2 a F6 se procederá según se explica en "Pautas para el diagnóstico" (ver más adelante).

Pautas para el diagnóstico

- A) Aparición de un trastorno mental durante el período grávido-puerperal (hasta 6 semanas después del parto).
- B) Ausencia de antecedentes de enfermedad mental relacionable con el cuadro actual fuera del período grávido-puerperal.
- C) El síndrome actual, no será claramente atribuible a otro trastorno codificable en sí mismo, ya sea porque los requerimientos diagnósticos de dicho trastorno no se cumplen plenamente o porque existen otros elementos de juicio de mucho peso en su contra.
- D) No está presente ninguna de las condiciones excluyentes comentadas en la introducción a esa categoría.

La aparición ulterior (fuera del período grávido-puerperal) de un trastorno codificable en otro apartado (esquizofrenia, episodio depresivo, etc.), que pueda ser racionalmente relacionado con el, o los cuadros anteriormente padecidos durante el período de referencia, hará que el diagnóstico de trastorno durante el período grávido-puerperal se cambie por el de aquél.

En el enunciado se aclarará si el trastorno ocurrió durante el embarazo (gravídico) el puerperio (puerperal) o ambos (grávido-puerperal).

Esa categoría no goza de reconocimiento universal y debe ser utilizada con mucha cautela y respeto a sus pautas diagnósticas.

La extensión de la categoría al período gravídico sigue una tradición implantada desde el GC1, y se mantiene, no obstante ser discutible por:

- a) Ser ése el deseo de un grupo relativamente importante de clínicos.

- b) Estar la afección gravídica (incluye la mental) dispensarizada en nuestro país, por lo que, con fines epidemiológicos, conviene registrarla adecuadamente.
- c) Porque su uso, si se siguen las normas antes señaladas, añade precisión descriptiva a la afección mental relacionada con esa etapa sin introducir inconvenientes.

F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento leves, asociados con el periodo gravido-puerperal, no clasificados en otra parte

Incluye: Depresión postnatal, depresión postparto sin especificar.

F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el periodo gravido-puerperal, no clasificados en otra parte

Incluye: Psicosis Puerperal S.O.E.

F53.8 Otros trastornos mentales y del comportamiento asociados con el periodo gravido-puerperal no clasificados en otra parte

F53.9 Trastorno mental grávido-puerperal, no especificado

F54 FACTORES PSICOLÓGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS CON TRASTORNOS O ENFERMEDADES CLASIFICADOS EN OTRA PARTE

Esta categoría será utilizada para dejar constancia de la existencia de una importante influencia de factores de tipo psicológico, en la génesis de enfermedades de causa básicamente somática.

Por lo tanto, su uso implica siempre un doble registro, el del factor psicológico (F54) y el de la enfermedad somática en cuestión, por ejemplo:

Asma (F54 y J45)

Colitis ulcerosa (F54 y K51)

Excluye: cefalea de tensión (G44.2)

F55 ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA

Muchas personas se acostumbran a la ingestión prolongada y exagerada de remedios populares y fármacos, que por su naturaleza no son inductoras de síndromes de abstinencia ni de dependencia, pero cuyo uso irracional puede ser perjudicial para la salud.

El tipo de sustancia implicada puede registrarse de la siguiente forma:

F55.0 Antidepresivos.

F55.1 Laxantes.

F55.2 Analgésicos (no especificados como drogas psicoactivas en F10-F19: aspirina, 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.

F55.9 Sustancia, no especificada.

Excluye: Abusos de sustancias que producen dependencia (F10-F19).

F59 TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS CON ALTERACIONES FISIOLÓGICAS Y FACTORES SOMÁTICOS, NO ESPECIFICADOS

Incluye: Disfunción fisiológica psicógena sin especificar.

,

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

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 disocial de la personalidad

((Trastorno asocial de la personalidad))

F60.3 - Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable

.30 *Tipo impulsivo*

.31 *Tipo limítrofe*

F60.4 - Trastorno histriónico de la personalidad

F60.5 - Trastorno anancástico de la personalidad

F60.6 - Trastorno ansioso (evasivo, elusivo) de la personalidad

((Trastorno ansioso de la personalidad [evasiva, elusiva]))

F60.7 - Trastorno dependiente de la personalidad

((Trastorno de la personalidad dependiente))

F60.8 - Otros trastornos específicos de la personalidad

F60.9 - Trastorno de la personalidad, no especificado

Frase calificativa

F60.X2 En estructuración

F61 - 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

F62 - 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

F63 - Trastornos de los hábitos y de los impulsos

F63.0 - Ludopatía

((Juego patológico))

F63.1 - Piromanía

F63.2 - Cleptomanía

((Hurto patológico [Cleptomanía]))

F63.3 - Tricotilomanía

F63.8 - Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos

F63.9 - Trastorno de los hábitos y de los impulsos, no especificado

F64 - Trastorno de la identidad de género

F64.0 - Transexualismo

F64.1 - Transvestismo no fetichista

((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

F65 - Trastorno de la preferencia sexual

F65.0 - Fetichismo

F65.1 - Transvestismo fetichista

F65.2 - Exhibicionismo

F65.3 - Voyeurismo

F65.4 - Pedofilia

F65.5 - Sadomasoquismo

F65.6 - Trastornos múltiples de la preferencia sexual

F65.8 - Otros trastornos de la preferencia sexual

F65.9 - Trastorno de la preferencia sexual, no especificado

F66 - Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados con el desarrollo y con la orientación sexual

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

F66.9 - Trastorno del desarrollo psicosexual, no especificado

Frases calificativas

F66.X0 Asociado con heterosexualidad

F66.X1 Asociado con homosexualidad

F66.X2 Asociado con bisexualidad

F66.X8 Asociado con otro tipo de orientación sexual

F68. - Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos

F68.0 - Elaboración de síntomas somáticos por causas psicológicas

((Elaboración de síntomas físicos por causas psicológicas))

F68.1 - Producción intencional o simulación de síntomas o de incapacidades, tanto somáticas como mentales [trastorno facticio]

((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 en adultos

F69 - Trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos, no especificado

F60-69 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS

Introducción

Esa sección incluye varias alteraciones y patrones de comportamiento de relevancia clínica, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de dichas alteraciones y patrones de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida.

F60-F62 TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD, TRASTORNOS MIXTOS Y OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CAMBIOS PERDURABLES DE LA PERSONALIDAD

Se registrarán aquí aquellos cuadros clínicos caracterizados por un comportamiento inadaptativo del paciente, que entorpece sus posibilidades de realizarse en armonía con su entorno.

Estas “maneras de ser” constituyen manifestaciones comportamentales perdurables y fuertemente enraizadas, que suelen ser aceptadas como propias y defendidas como “normales” por el paciente.

Esta sección ha sido notablemente ampliada en la CIE-10 con respecto a la versión anterior (CIE-9), que sólo contenía los trastornos específicos de la personalidad, al adicionarle categorías como trastornos mixtos y variaciones problemáticas de la personalidad (F61.0 y F61.1) y transformaciones persistentes (no orgánicas) de la personalidad (F62) que no aparecían en la novena revisión.

También ha sido reagrupada en ella una serie de trastornos, que en la CIE-9 tenían una codificación dispersa o incierta (ver categorías F63 a F68). Por el contrario, el trastorno afectivo de la personalidad (301.1 CIE-9) aparece en esta revisión en la categoría F30-F39 con el calificativo de ciclotimia.

F60 TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE LA PERSONALIDAD

Se trata de trastornos que presentan las características generales descritas en la introducción a esta sección (F60-F69).

Estos modos de ser hacen su aparición desde la infancia o la adolescencia, y se estructuran gradual y progresivamente hasta devenir un estilo morboso de vida, persistente y enraizado en la adultez.

Más que la forma de ser (que por lo general, no le resulta molesta), es por las consecuencias que de ésta se derivan, que el paciente entra en contacto con el equipo de salud. No obstante, las desavenencias de la vida, la edad, la psicoterapia y otras circunstancias, pueden provocar en el sujeto cierto grado de percatación sobre su comportamiento aberrante, lo que no siempre lo hace egodistónico (en el sentido en que lo es una fobia o un acto compulsivo), o produce un cambio perdurable hacia una actuación más madura.

Aunque, para cada paciente, la tendencia a seguir determinados patrones aberrantes de conducirse es consistente (comportamiento psicopático), su estado mental y calidad de vida son muy inestables, y se producen frecuentemente reacciones y descompensaciones de nivel neurótico, y a veces, psicótico.

Los trastornos específicos de la personalidad coexisten frecuentemente con otros trastornos mentales. Cuando esto sucede (salvo que exista una recomendación explícita en contra de ello), deben hacerse ambos diagnósticos, pero si el comportamiento de carácter psicopático únicamente ocurre durante los episodios de un trastorno mental más amplio, sólo aquél será diagnosticado.

Cuando en un paciente con un trastorno de personalidad se presenta un trastorno mental grave (depresivo o esquizofrénico, por ejemplo), las características comportamentales de éste pueden “desplazar” las del primero, de manera tal, que los síntomas que lo definen no estén ya presentes. En estos casos, si se tiene certeza de que las pautas del trastorno de personalidad han sido satisfechas en el pasado, éste puede ser recogido como un segundo diagnóstico, y se le añade al enunciado la palabra (antecedente). Ejemplo:

1. Esquizofrenia paranoide de tipo continuo.
2. Personalidad esquizoide (antecedente).

Por lo general los estilos desviados de comportamiento hacen su aparición desde la infancia, en forma de rasgos que, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, pueden ir estructurándose progresivamente hasta conformar los cuadros característicos propios de los pacientes adultos, o desaparecer en el desarrollo, por lo que cuando un cuadro clínico que satisface los criterios de esos trastornos (F60) se presenta en un sujeto cuya personalidad está aún en formación (menor de 18 años) debe añadirse al diagnóstico el calificativo de "en estructuración" (F60.X2). Los trastornos disociales durante la infancia están comprendidos en la categoría F91, por lo que lo antes expuesto, no se aplica a la subcategoría F60.2 trastorno disocial de la personalidad.

Esa modificación introducida en el GC3 permite codificar adecuadamente numerosos patrones conductuales, que son motivo de comportamientos inadaptativos, así como de distrés personal y familiar, que de otra manera quedarían sin ubicación específica. De esa forma, resulta fácil "rastrear" la aparición de dichos comportamientos anormales y su evolución hacia la consolidación de un trastorno de la personalidad en el adulto o su desaparición, lo que, desde el punto de vista de las investigaciones sobre ese tema, resulta muy importante.

El término "en estructuración" destaca el carácter provisional del diagnóstico, que debe ser revisado periódicamente hasta alcanzada la adultez.

Pautas para el diagnóstico

- a) Presencia de una manera de ser (habitual y persistente), significativamente apartada de los patrones culturalmente aceptados en su entorno.
- b) Esta manera de ser resulta claramente rígida e inadaptativa y entorpece su realización armónica (crea problemas importantes a él o ella, a otros, o a ambos) y se manifiesta en múltiples aspectos y situaciones.
- c) La desviación conductual debe haber estado presente durante un largo tiempo, y su inicio, o antecedentes, remontarse a la infancia o la adolescencia, o al menos, existir una razonable certeza de que nunca ha habido un período de comportamiento normal lo suficientemente estable y prolongado (en la adultez), como para pensar que el cuadro actual es una transformación de una personalidad previamente normal.
- d) Las manifestaciones clínicas no ocurren exclusivamente durante la evolución de un trastorno mental más amplio, ni pueden ser explicadas como la consecuencia de una alteración orgánica cerebral.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estos requerimientos satisfacen, en general, los de ambos manuales, aunque en éstos se desglosan más detalladamente los aspectos en que la desviación conductual debe repercutir (cognición, afectividad, relaciones interpersonales y control de impulsos)

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad

Este trastorno se caracteriza por suspicacia, desconfianza, egocentrismo paranoide e hipervaloración de sí mismo y tenacidad afectiva, cognoscitiva y volitiva, que entorpecen las relaciones interpersonales y menoscaban la calidad de vida del paciente.

La suspicacia y la desconfianza hacen que las relaciones del paciente con los demás sean distantes y dolorosas, por su falta de confianza y celos, que le hacen ver en los demás segundas intenciones, falta de lealtad y conspiraciones irreales, que lo llevan a una posición defensiva cuando no francamente ofensiva (ver próximo párrafo).

A diferencia del egocentrismo histriónico (típicamente afectivo), en que el paciente trata de captar la atención del entorno, el egocentrismo paranoide es básicamente cognoscitivo. Para el paranoide, todo lo que ocurre tiene relación con él, y se hace por, para y (frecuentemente) contra él.

Esta hipervaloración de su propio significado e importancia junto con su susceptibilidad hace que el paciente frecuentemente, se sienta despreciado, ofendido o atacado, por lo que

presenta airadas reacciones, que los demás consideran desproporcionadas, cuando no totalmente absurdas.

Por último, estos pacientes son incansables en la reivindicación de sus supuestos derechos, guardan durante mucho tiempo vivos rencores y mantienen actitudes hostiles, basadas en falsas ofensas, explotaciones o traiciones de que han sido víctimas, y pretenden que sus amistades se comporten como sus aliados.

Pautas para el diagnóstico

a) Se cumplen las pautas generales de F60.

b) El cumplimiento de los requerimientos diagnósticos de F60 está dado por la presencia de un cuadro clínico como el descrito en la introducción a esta subcategoría (F60.0).

Esas pautas satisfacen los criterios de investigación de la CIE-10, y en términos generales las del DSM-IV. En dicho manual se especifica que tienen que estar presentes manifestaciones de cuatro de los siete grupos de síntomas que contiene. Los síntomas contenidos en esos siete grupos, en su total, son muy similares a los de la CIE-10, pero la forma de agruparlos es diferente.

Incluye: Personalidad expansiva, personalidad sensitivo paranoide, personalidad paranoide, personalidad querulante. Trastorno expansivo de la personalidad, trastorno sensitivo paranoide de la personalidad, trastorno querulante de la personalidad.

Excluye: Esquizofrenia (F20), trastornos de ideas delirantes (F22).

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad

Se trata de un trastorno caracterizado por una personalidad ensombrecida. Desde el punto de vista afectivo. Son personas frías y poco expresivas, anhedónicas (poco o ningún interés por actividades placenteras), y con pobre reactividad emocional (indiferentes a la crítica y al elogio).

Las relaciones interpersonales están marcadas por la falta de energía conativa y afectiva, son personas poco competitivas, exageradamente encerradas en sí mismas (introspección, fantasías, etc.), y poco propensas a compartir sus intereses, actividades y sentimientos, de manera tal que su intercambio con otras personas se empobrece significativamente en calidad y cantidad (incluidas las relaciones sexuales y familiares).

El diagnóstico de un trastorno esquizoide de la personalidad está dado por la presencia de los síntomas antes expuestos en cantidad e intensidad suficientes, para satisfacer los requerimientos de la categoría general F60.

Estos criterios coinciden, en general, con los de los CDI y los del DSM-IV. Ambos manuales especifican que deben estar presentes, al menos, 4 de estas características.

Incluye: Personalidad introvertida

Excluye: Esquizofrenia simple (F20.6)

Trastornos generalizados del desarrollo (F84)

F60.2 Trastorno disocial de la personalidad

Consiste en patrones de vida en los que la gratificación personal inmediata se convierte en el único objetivo del comportamiento.

Hay una falta total o casi total de respeto, consideración o solidaridad hacia otras personas, instituciones, normas y leyes, lo que unido a la falta de arrepentimiento y a la incapacidad para modificar su conducta con base en la experiencia y el castigo, lleva al paciente a frecuentes conflictos judiciales.

Estas personas tienen una muy marcada intolerancia a la frustración y son claramente propensas a mostrarse desproporcionadamente agresivas (llegan incluso, al homicidio).

Con tal de conseguir sus objetivos son capaces de cualquier cosa (intimidar, asaltar, explotar, etc.) y se muestran gélidamente indiferentes ante el daño que su irresponsabilidad causa a otros.

Se niegan a aceptar la responsabilidad de sus actos (culpan a otros o racionalizan sus acciones), son incapaces de tener relaciones empáticas, y carecen de amistades y afectos genuinos o duraderos.

El diagnóstico de esta entidad se basa en la identificación de las características antes descritas, en cantidad, calidad y circunstancias tales, que sean también satisfechos los criterios generales de la categoría F60.

Estos criterios satisfacen los requerimientos diagnósticos para investigaciones de la CIE-10, aunque en ese manual se exige que sean, al menos, 4 las manifestaciones presentes.

En el DSM-IV exige una edad no inferior a los 18 años al momento de hacer el diagnóstico, antecedente de trastornos de conducta desde los 15 y la presencia de, al menos, 3 de una lista de 7 manifestaciones psicopatológicas, que de modo general, pero no exactamente, coinciden con las pautas de los CDI (CIE-10).

La presencia de un trastorno disocial durante la infancia y adolescencia puede apoyar el diagnóstico, aunque no tiene por qué haberse presentado siempre.

Incluye: Trastorno de personalidad sociopática, amoral, asocial, antisocial y psicopática.

Excluye: Trastorno de comportamiento disocial (F91), trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F60.3).

F60.3 Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable

En este acápite, se incluirán los cuadros clínicos diagnosticados en el GC-2 como 301.8 personalidad agresiva y las personalidades limítrofes, (no incluidas en ese manual).

Se registrarán aquí aquellos trastornos de la personalidad (ver pautas para el diagnóstico de F60) caracterizados por un pobre control de los impulsos, que puede desembocar en irrefrenables explosiones de ira, y por un humor caprichoso e inestable.

Se describen dos variedades de este trastorno: el de tipo impulsivo (F60.30), que responde a las características antes descritas, y el de tipo limítrofe (F60.31), en el que, además, se presentan otros síntomas, que muchas veces dominan el cuadro.

Aunque este trastorno no es frecuentemente diagnosticado en Cuba, ni goza de aceptación universal es incluido en el GC3, para satisfacer los deseos de aquellos que deseen utilizar este rubro, y para promover su detección e investigación en el país.

Se recomienda a aquellos clínicos que hagan uso de esta subcategoría, que se ciñan a los criterios de investigación de la CIE-10 (ver pautas para el diagnóstico).

F60.30 Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable de tipo impulsivo

Pautas para el diagnóstico

- a) Se cumplen los criterios de F60.
- b) Humor inestable y caprichoso.
- c) Comportamiento impulsivo y agresivo: decisiones intespestivas y actuaciones sin prever las consecuencias, comportamientos agresivos frecuentes (verbales y físicos), incluyen episodios de ira intensa e incontrolable.

Estos criterios son compatibles con los CDI (CIE-10). En ese manual se precisa la necesidad de que estén presentes, al menos, tres de los cinco criterios que enumera y que incluyen, además de los aquí señalados, la dificultad para mantenerse en actividades que no ofrecen gratificación inmediata. Esta subcategoría no tiene equivalente en el DSM-IV.

Incluye: Personalidad agresiva.

F60.31 Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable de tipo limítrofe

Los criterios diagnósticos para investigación de la CIE-10 exigen, además del cumplimiento de los criterios generales de F60, que estén presentes por lo menos tres de las manifestaciones propias de F60.3 y F60.30, además de dos de los siguientes síntomas:

- a) Dudas sobre su identidad (incluidas la sexual), objetivos e imagen
- b) Relaciones afectivas inestables e intensas que lo conducen a crisis sentimentales

- c) Temor a ser abandonados, y exagerados esfuerzos por evitarlo
- d) Gestos y amenazas suicidas, sentirse vacíos

La subcategoría del DSM-IV equivalente a F60.31 Trastorno de Inestabilidad Emocional de la personalidad tipo limítrofe ("**Borderline Personality**") exige para su diagnóstico que se cumplan 5 de 9 requerimientos, la mayoría de los cuales (pero no todos) aparecen en la lista de manifestaciones propias de esa entidad en la CIE-10.

La aparición de ideas paranoides y de síntomas disociativos en situaciones de estrés, listada en el DSM-IV no es contemplada en la CIE-10. Por otra parte, la dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata, incluida como pauta en la CIE-10, no es tomada en cuenta en el DSM-IV.

Incluye: Personalidad (trastorno) borderline.

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad

Se trata de un trastorno en que las alteraciones emocionales y la necesidad de llamar la atención desempeñan una función fundamental.

Para el paciente con una personalidad de este tipo, los aspectos emocionales son los más importantes en cualquier situación. Hay una búsqueda excesiva de emociones y una forma exagerada y teatral de expresar su afectividad (**acting out**). Los aspectos emocionales suelen dominar el pensamiento y llevarlos a una “lógica afectiva” que lo conduce a juicios y toma de decisiones erróneas y sin base objetiva alguna.

La necesidad de ocupar el centro de todo grupo en que se encuentre y atraer sobre sí la atención, lleva a estos pacientes a comportamientos inadecuados. Tienden a ser inapropiadamente seductores, excesivamente preocupados por su apariencia personal y a sacrificar la elegancia en el vestir y la conducta (uso exagerado de adornos o colores, vestimentas y comportamientos inadecuados para el contexto en que se emplean, etc.) en aras de llamar la atención.

Presentan una elevada sugestionabilidad, que los hace exageradamente influibles, y pueden, con influencias de otros sentirse enfermos, o bien, cambiar de carrera, de criterios y hasta de religión, sin que exista una convicción de fondo, ni dure mucho el cambio efectuado.

Otra característica fundamental es una afectividad superficial y lábil, estos pacientes pueden considerar como grandes amigos a recién conocidos y tener con ellos una actitud de cercanía irreal, y poco después invertirse o apagarse dichos sentimientos.

También es frecuente en ellos la tendencia a mentir (mitomanía), a adornar sus descripciones, comentarios, y presentarlos de la manera afectiva en que los ve

(embellecimiento histérico), así como la existencia de inhibiciones e insatisfacciones sexuales y frecuentes relaciones de dependencia y manipulación a las personas cercanas.

El diagnóstico de esta entidad se basa en el hallazgo de los rasgos de personalidad antes descritos en número e intensidad suficientes, para satisfacer los criterios de F60.

Estos criterios son compatibles con los del DSM-IV y la versión para investigaciones de la CIE-10, aunque dichos manuales exigen la presencia de un número mínimo de rasgos (5 el DSM-IV y 4 los CDI) de una lista en la que aparecen las características fundamentales del trastorno.

Incluye: Personalidad histérica.

F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad

Este trastorno se caracteriza por sentimientos de inseguridad y una necesidad morbosa de control (con tendencia a la duda y a infinitas revisiones). Los pacientes suelen evidenciar una rigidez, tozudez y formalismo (mayor interés en el cumplimiento de las normas, que en los resultados), así como perfeccionismo, patrones rígidos, no sólo en las labores y en los aspectos ético-morales, sino hasta en las diversiones y en el empleo del tiempo libre. Tienen necesidad de controlarlo todo personalmente (no delegan funciones) y acumulan objetos inútiles y sin contenido afectivo.

Evidencian incapacidad para descansar (no sólo por falta de tiempo debido a su detallismo y perfeccionismo, sino porque además no saben hacerlo, pues no son capaces de un comportamiento abierto, relajado y razonablemente hedonista), y tienen marcada dificultad para expresar sentimientos de ternura, e incluso de hostilidad, lo que hacen de modo encubierto o de forma restringida, pedante y protocolar. Una notable insistencia a someter a los demás a sus rígidos e inflexibles modos de actuar (bajo sus órdenes, claro está), es otra de sus características peculiares.

La necesidad de planificarlo todo detalladamente y la presencia de obsesiones y compulsiones atenuadas (ver TOC) también forman parte del cuadro clínico.

Al hacer uso de esa subcategoría hay que tener presente que en dicho trastorno, como en toda alteración de la personalidad, existen patrones de conducta no adaptativos, que además de provocar sufrimientos y dificultades al paciente, afectan también a quienes le rodean. Debe tomarse especial cuidado al respecto, por cuanto los rasgos que definen a esos sujetos se observan, en apariencia, en personas normales, a veces especialmente dotadas.

En sentido general, entre todas sus manifestaciones se destaca la necesidad exagerada de control, bien sea sobre sus impulsos, sobre las personas, o sobre las cosas. Dentro de ciertos límites esa tendencia puede ser altamente adaptativa, pero en estos enfermos el control

desciende a detalles innecesarios, que paralizan en gran parte al sujeto, y pueden también hacerlo arbitrariamente autoritario en sus relaciones con los demás.

De igual modo, hay que diferenciar la cautela de la timidez, la actitud reflexiva de la dubitativa, la tenacidad de la terquedad, la objetividad y exactitud de la pedantería, la rectitud en la conducta de la escrupulosidad torturante, la preocupación por la calidad del perfeccionismo, la honestidad y amor a la justicia de la inflexibilidad deshumanizada, el orden y la meticulosidad de la quisquillosidad, la actitud conservadora de la rigidez extrema, la laboriosidad constructiva de la incapacidad para descansar y disfrutar de los placeres y la severidad y circunspección de la actitud fría y distante. Esas diferencias son las que se observan entre una personalidad normal con rasgos obsesivos y otra, anormal de tipo obsesivo.

La mezcla de cualidades es posible y da lugar a situaciones clínicas cuyo diagnóstico exige un estudio muy cuidadoso de la personalidad del paciente.

Pautas para el diagnóstico

Para hacer el diagnóstico de un trastorno anancástico de la personalidad se requiere el hallazgo de las características descritas en la introducción a esta subcategoría (F60.5) en número e intensidad suficientes, para satisfacer los criterios generales de F60.

En los CDI se puntualiza que deben ser, al menos, cuatro de ellas (excluida la acumulación de desechos, que no aparece en la lista de los CDI).

En el DSMI-V, se recoge, en la lista de requerimientos, la tendencia a acumular objetos sin valor material ni afectivo, la incapacidad para delegar funciones y el ser excesivamente ahorrativas (tacaños).

Incluye: Personalidad

- obsesiva
- compulsiva
- obsesivo compulsiva.

Excluye: Trastorno obsesivo compulsivo (F42).

F60.6 Trastorno ansioso (evasivo, elusivo) de la personalidad

El cuadro clínico se caracteriza por un estado de tensión, ansiedad y temor, relacionado con una pobre estima personal, el temor a ser socialmente rechazado y la evitación de contactos interpersonales.

Existe una sensibilidad exagerada a la crítica que lleva al paciente a evitar todo contacto humano, a menos que tenga claras garantías de que va a ser aceptado, lo que afecta su vida personal, social y laboral.

Pautas para el diagnóstico

- a) Presencia de una manera de ser como la anteriormente descrita.
- b) Se cumplen los requisitos diagnósticos generales de F60.

Esos criterios son, en general, similares al enfoque de los CDI de la CIE-10 y del DSM-IV. Ambos manuales precisan que deben aparecer cuatro o más rasgos de los listados (en general los mismos contenidos en la introducción a esta subcategoría)

F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad

Son personas caracterizadas por establecer relaciones de subordinación exagerada con otras de las cuales dependen, y por tener sentimientos de desamparo e inseguridad, con búsqueda de apoyo y protección e incapacidad para tomar decisiones.

En los criterios diagnósticos para investigación de la CIE-10 se exige la presencia de 4 de las siguientes características: dejar en manos de otros decisiones fundamentales de su vida, priorizar las necesidades de las personas de quienes depende por sobre las suyas propias, incapacidad de hacer peticiones o demandas a dichas personas, sentirse abandonado e indefenso si está solo y preocupaciones al respecto, así como la necesidad de apoyo, y asesoría para tomar las decisiones habituales de la vida cotidiana.

En el DSM-IV exige que sean satisfechos requisitos muy similares.

F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad

Se incluyen aquí los trastornos que satisfacen los criterios de F60, pero no los de ninguno de los tipos específicos antes descritos (F60.0 - F60.7).

Incluye: Personalidad (trastorno) narcisista, asténica, inadecuada, inmadura, pasivo-agresiva y psiconeurótica.

Personalidad Narcisista (F60.8)

Es este un trastorno que no se individualiza en la CIE-10 de uso clínico: no obstante, un número significativo de psiquiatras cubanos abogaron por su inclusión en el GC-3. Se decidió aceptar las pautas diagnósticas de los CDI de la CIE-10 (apéndice 1), por considerárseles adecuadas y en aras de facilitar la comunicación y las investigaciones internacionales en esa categoría.

Se trata de un trastorno de personalidad caracterizado por la grandiosidad y una autoestima sumamente hipertrofiada, acompañada de la necesidad de que su excepcionalidad sea reconocida por los demás.

Para el narcisista, el resto del mundo es sólo el fondo sobre el cual él debe brillar. Los méritos ajenos son subestimados o cuando más, reconocidos en el "selecto" grupo de personas con quien se relaciona y sólo en la medida en que le sirvan para realzar su pertenencia a una determinada élite. No obstante, sienten profunda envidia por cualquier mérito ajeno que estimen que pueda opacarlos.

Tienden a establecer relaciones de explotación con los demás, cuyos problemas, intereses y necesidades no les interesan en lo absoluto y quienes deben estar al servicio de sus caprichos o necesidades.

Se trata de individuos poco empáticos, que son percibidos como emocionalmente fríos y poco recíprocos por las personas cercanas a ellos.

Pautas para el diagnóstico

Se recomienda ajustarse a los requerimientos diagnósticos de la CIE-10 (CDI) que a continuación se transcriben:

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 élite (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.*

Esas pautas satisfacen, en lo esencial, los criterios del DSM-IV

Personalidad Asténica (F60.8)

Las personalidades asténicas se caracterizan por fácil fatigabilidad, sensibilidad a las tensiones físicas y emocionales, falta de iniciativa y poca capacidad para disfrutar de los placeres. Es característico en ese tipo de personalidad, la dificultad para llevar a término completo las acciones requeridas en cada situación.

Personalidad Inadecuada (F60.8)

Las personalidades inadecuadas se caracterizan por respuestas ineficaces a las demandas emocionales, sociales, intelectuales y físicas. No obstante el hecho de que esos pacientes no parecen ser física ni mentalmente deficientes, manifiestan inadaptabilidad, ineptitud, pobreza de juicio y negligencia hacia metas que pudieran trazarse.

Personalidad Pasivo-Agresiva (F60.8)

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 tienen conciencia de su agresividad.

F60.9 Trastorno de la personalidad, no especificado

Incluye: Neurosis de carácter, personalidad anormal.

F61 TRASTORNOS MIXTOS Y OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Se incluirán aquí aquellos cambios morbosos de la personalidad no incluibles en F60 ni en F62. Se distinguen dos subtipos principales.

F61.0 Trastornos mixtos de la personalidad. Cuando coexisten manifestaciones propias de varias de las subcategorías de F60 sin un claro predominio de ninguna de dichas constelaciones sintomáticas.

F61.1 Variaciones problemáticas de la personalidad, no clasificables en F60 ó F62 y considerados consecutivos a un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad coexistente.

Excluye: Acentuación de rasgos de la personalidad (Z73.1).

F62 CAMBIOS PERDURABLES DE LA PERSONALIDAD, NO ATRIBUIBLES A LESION O A ENFERMEDAD CEREBRAL

Se registrarán aquí aquellos cambios morbosos en la personalidad, que reúnan las siguientes características:

- a) El paciente ha enfrentado una situación estresante particularmente prolongada o intensa o ha sufrido un trastorno mental grave durante un largo período.
- b) Antes de la aparición de las circunstancias descritas en a) el paciente tenía una personalidad normal.

- c) Con posterioridad a la experiencia adversa señalada (ver a), y como reacción psicológica, a ésta, se produce un cambio en la manera de ser del paciente.
- d) Este cambio es perdurable (al menos 3 años), estable y morbosos (un comportamiento inadaptativo sustituye la manera de ser normal premórbida).
- e) El cambio no es causado por un trastorno encefálico orgánico, ni es la consecuencia directa o secuela de otro trastorno mental codificable.

F62.0 Cambio perdurable de la personalidad después de una experiencia catastrófica

En este apartado se rubricarán aquellos cuadros clínicos en que se produce un cambio perdurable de la personalidad (F62) como consecuencia de una experiencia catastrófica, y reúne los siguientes requisitos:

- a) Se cumplen los criterios generales de F62.
- b) La transformación aparece tras haber sido el paciente expuesto a uno o varios acontecimientos catastróficos (tortura, cautiverio, etc.)
- c) Las modificaciones ocurridas en la personalidad del paciente implican una merma significativa en su calidad de vida, son psicológicamente comprensibles y no pueden ser atribuidos a la descompensación de un trastorno de personalidad preexistente.

En la versión para investigaciones de la CIE-10, se precisa más el acápite c (merma en la calidad de vida) y aclara que deben estar presente al menos 2 síntomas de un total de 5, que se relacionan (hostilidad y desconfianza hacia el mundo, aislamiento social, sentimiento de vacío y desesperanza, sentirse en constante peligro -sin motivo- y percatación de que ha cambiado o es diferente a los demás).

Además, se aclara que, cuando el cambio en la personalidad es consecuencia de la evolución crónica de un trastorno o de estrés postraumático (F43.1), es necesario que tras al menos 2 años de evolución de éste, haya transcurrido un lapso igual, en el que hayan sido satisfechos los criterios anteriores.

Incluye: modificaciones perdurables de la personalidad consecutivas a:

- pérdida de *status* social
- situaciones humillantes o vergonzosas
- desplome de convicciones (ético morales, políticas y religiosas)
- crisis de conciencia

Excluye: trastorno de estrés postraumático (F43.1)

F62.1 Cambio perdurable de la personalidad consecutivo a una enfermedad psiquiátrica

Se codificarán aquí aquellos cambios perdurables de la personalidad que se consideran producidos por una reacción psicológica ante la experiencia de haber padecido un trastorno psíquico importante.

Pautas para el diagnóstico

- a) Se cumplen los criterios generales F62.
- b) El trastorno ocurre tras (y como consecuencia de) haber experimentado una grave enfermedad psiquiátrica de la cual el paciente se ha recuperado totalmente (o sea, no se trata de una recuperación incompleta o de una secuela o estado residual).

Los CDI de la CIE-10 exigen que la modificación en la manera de ser implique, al menos, 2 de una lista de 6 síntomas (dependencia excesiva, retraimiento social, pasividad, (reducción de intereses y anhedonia), autopercepción como enfermo (con frecuente comportamiento hipocondríaco), actitud demandante y humor disfórico o lábil.

Además, las manifestaciones del trastorno deben ser comprensibles con base en el significado psicológico que tiene la situación para el paciente, su capacidad de adaptación previa, su biografía y el comportamiento del entorno, especialmente las personas cercanas.

Excluye: esquizofrenia residual.

F62.8 Otros cambios perdurables de la personalidad, especificados

Se registrarán aquí aquellas transformaciones de la personalidad que satisfacen los criterios generales de F62, pero cuyas manifestaciones no se ajustan a los criterios sintomáticos pautados por los CDI (CIE-10) para F62.0 o F62.1.

F62.9 Cambio perdurable de la personalidad, no especificado

F63 TRASTORNO DE LOS HABITOS Y DE LOS IMPULSOS

Se agrupará en esta categoría una serie de trastornos de causa incierta y caracterizados por ciertos comportamientos impulsivos de carácter primario (o sea, no son causados por otro trastorno, ni por segundas intenciones).

Aunque la ejecución de dichas conductas no necesariamente resulte desagradable en sí mismas para el paciente, sus consecuencias hacen que muchos de ellos preferirían poder controlar dichos impulsos, e incluso, en ocasiones, lo han intentado infructuosamente en más de una ocasión.

Los actos impulsivos son precedidos por sentimientos de tensión y seguidos de alivio o bienestar. Tales comportamientos no forman parte de un trastorno más amplio. Aquellos trastornos de estas características, que tienen una ubicación específica dentro de este

capítulo (V), como los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, la alimentación y ciertos comportamientos sociales, no se codificarán aquí, sino en los apartados a ellos dedicados.

F63.0 Ludopatía

Se trata de un trastorno caracterizado por frecuentes episodios de juego, que van en detrimento de la situación moral, económica, laboral y socio-familiar del sujeto, y a los cuales la persona afectada no puede sustraerse.

En los CDI (CIE-10) se exige, además, que se produzcan 2 ó más episodios al año, y que existan preocupaciones, pensamientos o imágenes mentales relacionados con el juego.

El DSM-IV hace un tratamiento mucho más prolijo y completo de los requerimientos diagnósticos de dicha entidad, con un enfoque similar al usado para registrar los estados de habituación.

Incluye: Juego compulsivo.
Juego patológico.
Ludomanía.

F63.1 Piromanía

Este trastorno se define por la intención o acción reiterada de prender fuego a propiedades públicas o privadas en respuesta a un impulso primario, que no es causado por otro trastorno mental ni tiene segundas intenciones.

Característicamente la iniciación y contemplación del fuego y sus resultados, resultan gratificantes para el paciente que se siente libre del estado de tensión que procedió al acto impulsivo.

Además, los pacientes con piromanía muestran una especial atracción por todo lo relacionado con el fuego (inicio, equipos y acciones de extinción, consecuencias, etc.).

Estos criterios satisfacen los requerimientos para investigaciones de la CIE-10 y del DSM-IV.

F 63.2 Cleptomanía

Se trata de un trastorno caracterizado por hurtos repetidos, en respuesta a un impulso primario, ajeno a la consecución de beneficios personales o económicos.

Los hurtos están precedidos por una sensación de tensión que desaparece o es sustituido por una de bienestar al cometerse el robo. Son típicamente hurtos solitarios y no premeditados.

Aunque cierto malestar y arrepentimiento suele existir en los períodos entre un hurto y otro, la conducta se repite, no obstante la resistencia que el paciente pueda hacer. Estos criterios satisfacen los CDI (CIE-10) y los del DSM-IV.

F63.3 Tricotilomanía

Este trastorno se define por la presencia de un impulso irrefrenable a arrancarse el pelo. Dicho acto se lleva a cabo con la suficiente reiteración y frecuencia como para producir alopecia.

El acto impulsivo es precedido por un estado de tensión, que desaparece o se convierte en bienestar tras ceder al impulso.

F63.8 Otros trastorno de los hábitos y de los impulsos

Se registrarán aquí aquellos síndromes que presentan las características generales de la categoría F63, y que sean distintos a aquellos descritos en las subcategorías precedentes.

F63.9 Trastorno de los hábitos y de los impulsos, no especificado

F64 TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO

F64.0 Transexualismo

En este trastorno, el paciente muestra un claro rechazo a su propio género (incluidas sus características anatomofisiológicas y las actividades y comportamientos que le son afines), acompañado del deseo de pertenecer al género opuesto, así como de someterse a tratamientos para lograr una fisonomía lo más afín posible al género deseado.

Para establecer este diagnóstico, es necesaria la presencia consistente de estos síntomas por un mínimo de 2 años, así como que éstos no sean causados por otro trastorno somático o mental.

Estos indicadores son, en esencia, los de la CIE-10 para investigaciones. Esa categoría está subsumida en el DSM-IV dentro de los trastornos de la identidad sexual, que en ese manual, y según la edad actual del paciente, se divide en dos grandes grupos identificados por quintos dígitos, X.6 en niños y X.85 en adolescentes o adultos, que sería la que correspondería con F64.0 Transexualismo (de la CIE-10). Ambos manuales manejan síntomas muy similares. No obstante utilizar criterios diagnósticos esencialmente comunes, hay entre ellos una tácita diferencia de conceptos en la forma de enfocar dichos trastornos.

Al colocar el transexualismo (F64.0) en una subcategoría aparte del trastorno de la identidad sexual en la infancia (F64.2), exigir que el diagnóstico de este último se haga antes de la pubertad y comentar que sólo una pequeña proporción de esos niños llegan a ser "transexuales" en la adultez (ver pautas diagnósticas de F64.2) la CIE-10 enfoca esas condiciones como trastornos esencialmente diferentes, que sólo ocasionalmente se solapan.

Sin embargo, el enfoque del DSM-IV, lleva implícito que se trata de un mismo trastorno de base, cuya patoplastia varía según la edad. Para establecer la ya referida subdivisión en el DSM-IV no se toma en cuenta la edad de comienzo del trastorno, sino la que tiene el paciente en el momento de ser diagnosticado.

F64.1 Transvestismo no fetichista

Es un trastorno caracterizado por el deseo (y hecho) del paciente de vestir ropas afines al sexo opuesto, sin que esto le cause excitación sexual ni exista un rechazo a su propio género, ni a su fisonomía.

F64.2 Trastorno de la identidad de género en la niñez

Es un trastorno de aparición prepuberal (generalmente comienza en la primera infancia), caracterizado por un tajante rechazo del paciente a su género (con todas sus implicaciones), y el deseo vehemente (o creencia) de pertenecer al otro, acompañado por un comportamiento consecuente con dichas convicciones y de malestar con relación a su género y a la reacción de la familia y burlas de sus compañeros.

Pautas para el diagnóstico

- a) Necesidad psicológica del paciente de pertenecer al sexo opuesto expresada por el deseo (o creencia) de que sea así (que va más allá de un simple afeminamiento o masculinización y de un rechazo al papel que en la sociedad se asigna a las personas de su sexo biológico).
- b) Rechazo a las vestimentas, juguetes, juegos, costumbres, normas conductuales y papel social típicos de su género, los cuales sustituye por los del otro.
- c) Elección como compañeros de juego a menores del género por él o ella preferido.
- d) Rechazo a la fisonomía propia de su género, la niega o piensa que desarrollará una figura propia del sexo opuesto.
- e) El trastorno aparece antes de la pubertad.
- f) Ha estado presente por no menos de 6 meses.
- g) No existe un síndrome de intersexualidad (somático).

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

El criterio diagnóstico en las CDI (CIE-10) se sustenta en idénticas bases a los del GC3, pero existe un conjunto de criterios para cada sexo y aparecen más detallados los

comportamientos. Respecto al DSM-IV, ver relación con otros sistemas taxonómicos de la subcategoría F64.0.

Excluye: Orientación sexual egodistónica (F66.1).

Trastorno de la maduración sexual (F66.0).

F64.8 Otros trastornos de la identidad de género

F64.9 Trastornos de la identidad de género, no especificado

Incluye: Trastorno sin especificar de la función sexual.

F65 TRASTORNO DE LA PREFERENCIA SEXUAL

Los límites y características normales de la inclinación y el comportamiento sexuales en los adultos no han sido establecidos de manera absoluta en las diferentes sociedades y culturas, pero, en general, son de sentido tal, que sirven para propósitos biológicos y sociales aprobados.

Como norma, el agente inductor de los deseos, fantasías y actos sexuales lo es una persona sexualmente madura, esencialmente normal y que participa voluntariamente en la relación (estímulo adecuado).

Cuando, en condiciones habituales, esa persona es sustituida por una parte de ella (u objeto que la simbolice), por un *objeto sexual* inadecuado (cadáveres, animales, etc.) o un niño, o cuando, por las condiciones en que se realiza el acto sexual, la excitación está dada por (o necesita de) prácticas que la gran mayoría de las personas de su entorno cultural encontrarían anormales, repugnantes, o al menos censurables, la presencia de una parafilia es una posibilidad a tenerse en cuenta.

Pautas para el diagnóstico

a)El objetivo (fantasías y deseos) del comportamiento sexual del individuo no es una relación sexual con una persona sexualmente apta, básicamente normal, que interviene voluntariamente en la relación.

b)El *objeto sexual* es adecuado (ver inciso a), pero la excitación sólo la produce una parte de él, o requiere de prácticas aberrantes, que sustituyen el coito o son necesarias para que éste tenga lugar.

c)No existen condiciones excepcionalmente difíciles, que impidan tener una relación normal y justifiquen su sustitución por otro tipo de práctica (encarcelamiento, por ejemplo).

d)Estos impulsos llevan a un comportamiento sexual aberrante o son contenidos con grandes dificultades y ocasionan un intenso malestar para el paciente u otras personas.

e) Han estado presentes por no menos de 6 meses.

f) La inclinación anormal no ocurre exclusivamente mientras evoluciona un trastorno psíquico más amplio (psicosis, trastorno afectivo, etc.).

Nota: los factores culturales deben ser tenidos en cuenta. No debe codificarse como un trastorno una práctica culturalmente aceptada.

Cuando una práctica sexual no usual se emplea con el sólo propósito de aumentar el placer de una relación erótica, por lo demás normal, no se considerará aberrante, a menos que resulte física o psicológicamente dañina para el paciente o su pareja.

Los procedimientos eróticos anormales, secundarios a actos compulsivos relacionados con la actividad sexual (no gratificantes en sí mismos), que aparecen en el transcurso de un TOC, no se codificarán aquí, sino en F 42.

Estos criterios cumplen los requisitos para investigaciones de la CIE-10.

En el DSM-IV esos trastornos se agrupan bajo el término de "parafilias", sin que existan criterios diagnósticos especificados para ese grupo (parafilias) en general, aunque sí para cada uno de los síndromes incluidos en él.

Incluye: Parafilias

Excluye: Trastornos relacionados con la orientación sexual (F66).

F65.0 Fetichismo

Consiste en la sustitución de la pareja adecuada por un objeto inanimado como causa de excitación y placer sexual para el paciente, o en que dicho objeto resulte imprescindible para la relación sexual con la pareja.

El fetiche, frecuentemente, es alguna prenda de vestir, pero puede ser de otra índole.

Para el diagnóstico de fetichismo, se requiere un cuadro clínico como el antes descrito, capaz de satisfacer los requerimientos diagnósticos de F65.

Estos criterios son similares a los CDI (CIE-10) y a los del DSM-IV. En este último, se aclara que no se considerarán fetiches los vibradores y otros dispositivos para estimulación sexual ni el uso de ropas del sexo opuesto con fines transvestistas fetichistas.

F65.1 Transvestismo fetichista

En este trastorno, el uso de vestimentas del sexo opuesto deviene la fuente de excitación y placer sexual, o es necesario para que éstos se produzcan. Deben cumplirse los requerimientos de F65.

Estos criterios se corresponden, en general, con los de la CIE-10 (para investigaciones) y con los del DSM-IV.

En la CIE-10, se especifica que tras alcanzar el orgasmo se produce un deseo intenso de deshacerse de la vestimenta cruzada. Además, se exige que el uso de tal vestimenta tenga como objetivo el parecer o sentirse miembro del otro género. Implícitamente, se acepta su ocurrencia en los dos sexos y no se excluye explícitamente la posibilidad de que ocurra en el contexto de una relación homosexual.

En el DSM-IV sólo se acepta ese diagnóstico en varones heterosexuales, no se hace referencia a que el uso de vestimentas propias del otro sexo se haga, básicamente, para crear la apariencia y el sentimiento de pertenecer a él, se trata el uso de "vestimenta cruzada" de un modo más general (que haya producido, al menos durante 6 meses fantasías, necesidades o conductas sexuales, que interfieran significativamente con el funcionamiento del paciente).

En el DSM-IV no se hace alusión al deseo intenso de deshacerse de la vestimenta afín al otro sexo tras el orgasmo (criterio C de los CDI).

En Cuba, suele emplearse ese concepto, atendiendo sólo a la necesidad de usar ropas propias del otro sexo, para tener una excitación y relación sexual heterosexual.

Esto es compatible con un buen funcionamiento general del paciente si su pareja lo acepta, aunque, por lo general, el sujeto muestra preocupación por dicha situación, y la considera anormal.

Incluye: Fetichismo transvestista.

F65.2 Exhibicionismo

En este trastorno, el incentivo y placer sexual provienen de mostrar sus genitales a otros. El paciente (por lo general, un hombre joven), pretende con su acción asustar, más raramente excitar, o de alguna manera impactar a la otra persona (generalmente una mujer), pero no intentar un acercamiento más íntimo. Deben cumplirse los criterios generales de F65.

Estos criterios son similares a los CDI de la CIE-10 y a los del DSM-IV.

F65.3 Voyeurismo (Escoptofilia)

Se trata de sujetos cuya fuente de excitación y placer sexual proviene de la observación a personas en situaciones íntimas (desnudos o que estén desnudándose o realizando actividades sexuales, etc.) sin ser descubierto por éstas, ni pretender un mayor acercamiento sexual con ellas. Las pautas para el diagnóstico de F65 deben ser satisfechas.

Dicha tendencia debe sustituir o ser más importante que el coito en condiciones normales, constituir un impulso irrefrenable (devenir una necesidad) e interferir significativamente con el funcionamiento del paciente.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estos criterios satisfacen los requisitos de los CDI (CIE-10) y los del DSM-IV

F65.4 Pedofilia (Paidofilia)

Se trata de un trastorno en el que se cumplen los criterios diagnósticos de F65 y en el cual la desviación consiste en una inclinación persistente hacia las relaciones con niños de edad y somatotipo prepuberal. Es requisito para el diagnóstico una edad de al menos 16 años y una diferencia de edad por lo menos de 5 años con los niños en los que el paciente se interesa.

Estos criterios coinciden con los de la versión para investigaciones de la CIE-10.

En el DSM-IV se exigen indicadores similares, y se hace explícita la necesidad de que el trastorno interfiera significativamente con algún área importante de funcionamiento o cree malestar intenso.

Las relaciones entre adolescentes tardíos y niños de 12 a 13 años no son incluibles en esta categoría (en el DSM-IV).

F65.5 Sadomasoquismo

Trastorno consistente en la necesidad que experimenta el paciente de causar dolor, sufrimiento o humillación a su pareja durante el acto sexual (sadismo) o de recibirlo de ella (masoquismo), en grado tal que se satisfagan los requerimientos diagnósticos de la categoría general F65.

Estos criterios concuerdan, en general, con los CDI (CIE-10), aunque este manual en su criterio "C" aclara que la actividad sadomasoquista debe ser la fuente de excitación fundamental e imprescindible para la gratificación sexual.

En el DSM-IV se registran exigencias similares, aunque no se exige el criterio C y sí que el trastorno sea una fuente importante de distrés o cree dificultades serias en el funcionamiento de quien lo padece.

En dicho manual el sadismo y el masoquismo se ubican en distintas subcategorías, no existiendo ninguna (como la F65.5 de la CIE-10) que incluya ambos tipos de comportamiento, por lo que los sujetos que presentan actividades tanto de una como de otra índole requerirán de un doble diagnóstico.

La producción de anoxia, que está incluida en el DSM-IV entre las conductas masoquistas o sadistas, no se registra en la CIE-10 en esta categoría (F65 sadomasoquismo), sino en F65.8 "Otros trastornos de la inclinación sexual".

Incluye: Masoquismo.
Sadismo.

F65.6 Trastornos múltiples de la preferencia sexual

Cuando coexisten más de un trastorno de inclinación sexual en una persona y ninguno de ellos predomina.

F65.8 Otros trastornos de la preferencia sexual

Se registrará aquí cualquier trastorno de este tipo diferente a los antes descritos, siempre que cumpla los requerimientos de la categoría F65 y tenga especificidad suficiente como para ser diagnosticado independientemente.

Incluye:

- Llamadas telefónicas obscenas
- Froteurismo
- Bestialismo*
- Estrangulamiento o anoxia
- Necrofilia, etc.

F65.9 Trastorno de la preferencia sexual, no especificado

Incluye: Desviación sexual sin especificar.

F66 TRASTORNOS PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS CON EL DESARROLLO Y CON LA ORIENTACION SEXUALES

Nota: La orientación sexual en sí misma no se considera necesariamente un trastorno, pero se puede especificar el tipo de orientación sexual del paciente.

* En áreas rurales, las relaciones sexuales con animales (en varones), pueden ser normales en ausencia de otras posibilidades de interacción sexual.

F66.0 Trastorno de la maduración sexual

El paciente tiene dudas sobre su identidad genérica o su orientación sexual. Puede ocurrir en los inicios de la orientación sexual (adolescente), o aparecer más tarde, como una tendencia al cambio de una orientación ya establecida.

F66.1 Orientación sexual egodistónica

El individuo desea cambiar su orientación sexual por trastornos psicógenos o comportamentales asociados, y hasta buscar tratamiento con el fin de cambiarla. El individuo "rechaza" la orientación por sí , no solamente por las consecuencias que ella implica.

F66.2 Trastorno de la relación sexual

Existen dificultades para lograr o sostener la relación con su pareja sexual derivados de su orientación sexual del individuo.

F66.8 Otros trastornos del desarrollo psicosexual

F66.9 Trastorno del desarrollo psicosexual, no especificado

F68 OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS

F68.0 Elaboración de síntomas somáticos por causas psicológicas

Este trastorno se caracteriza por:

- a) Exageración o prolongación de los síntomas originalmente debidos a una noxa somática real.
- b) Preocupaciones y síntomas psíquicos derivados de la sobrevaloración de las posibles consecuencias y evolución del padecimiento somático o de la insatisfacción por la atención que el paciente recibe.

Si los motivos de las manifestaciones antes descritas fueran el obtener conscientemente ventajas materiales, o eludir responsabilidades o situaciones desagradables, el diagnóstico sería el de simulación (276.5)

F68.1 Producción intencional o simulación de síntomas o de incapacidades, tanto somáticas como mentales (trastorno facticio)

Trastorno caracterizado por la elaboración o fingimiento de síntomas (incluye autolesiones y alteraciones en los exámenes complementarios), de manera intencional, y no motivada por el propósito de obtener ventajas (indemnizaciones, adquisición de drogas u otros objetos, evitar responsabilidades, peligros o situaciones engorrosas, etc.).

La posibilidad de que los síntomas se deban a la existencia de otro trastorno corporal o mental debe ser claramente excluida.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Esos criterios (F68.0 y F68.1) son, en esencia, los mismos sugeridos en la CIE-10 para investigaciones. No existe correspondencia exacta entre la CIE-10 y el DSM-IV respecto a dichos trastornos.

La categoría "Factitious Disorders" está concebida para la producción ficticia de síntomas "corporales" o "psicológicos" debido a causas intrapsíquicas, haya o no una enfermedad real subyacente. La presencia de motivaciones externas excluye ese diagnóstico (en tal caso el diagnóstico sería de "Malingering").

Los "Factitious Disorders" se distribuyen en la CIE-10 en dos subcategorías independientes (F68.0 y F68.1), según se trate de una exageración de síntomas de una enfermedad "física" (F68.0) o se finjan síntomas de una enfermedad "somática o mental" inexistente (F68.1).

La elaboración psicológica de síntomas somáticos (F68.0 de la CIE-10) es compatible con "búsqueda de posibles compensaciones financieras" (factor externo), no así la F68.1.

Con apoyo en lo anterior, los pacientes codificables en F68.1 tendrían una ubicación inequívoca en el DSM-IV dentro de los Factitious Disorders, pero no así aquellos rubricables en F68.0, los que según la existencia de una motivación externa (financiera) o no, serían considerados como casos de "malingering" o de "factitious disorders" en el DSM-IV.

Por otra parte, aquellos pacientes que exageran (o elaboran) síntomas psicológicos a partir de una enfermedad real cumplen los criterios de "Factitious Disorders", pero no las de F68.0 elaboración psicológica de síntomas "somáticos" ni las de F68.1 (por existir en ellas una enfermedad confirmada).

La búsqueda de desempeñar el papel de enfermo sí es una motivación intrapsíquica común a las categorías comentadas.

Incluye: Síndrome de Münchausen sin especificar, "paciente peregrinante".

Excluye: Simulación (Z76.5).

F68.8 Otros trastornos especificados de la personalidad y del comportamiento en adultos

F69 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS, NO ESPECIFICADO

Se debe usar ese código como último recurso, si se presume la presencia de un trastorno de la personalidad y del comportamiento en un adulto, pero se carece de información que permita su encuadre en una categoría específica.

Incluye: Trastorno del (de la)

- personalidad *SAI*
- carácter *SAI*
- comportamiento *SAI*

TRASTORNOS HABITUALMENTE DIAGNOSTICADOS

DURANTE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

CATEGORIAS F70-F79, F80-F89 Y F90-F98

**PROLOGO A LA SECCION DE TRASTORNOS HABITUALMENTE
DIAGNOSTICADOS DURANTE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA
(CATEGORIAS F70-F79, F80-F89 Y F90-F98)**

La clasificación de los trastornos psiquiátricos que con frecuencia son diagnosticados en niños y adolescentes, ha progresado más lentamente que la de los trastornos que afectan más específicamente a los adultos (Berganza, 1993). Esto, posiblemente, refleja la relativa juventud de la psiquiatría infanto-juvenil, así como la disminuida importancia, que aun en países desarrollados del mundo occidental, la medicina ha conferido a los problemas de los niños frente a los del adulto. El concepto mismo de niñez, es, en todo caso, relativamente nuevo en la historia de la humanidad, lo que se perfila en las resistencias que nuestras sociedades occidentales han mantenido para ofrecer a los niños y los jóvenes la atención prioritaria, que en materia de salud, educación y seguridad requieren, en virtud de su mayor vulnerabilidad frente a otros grupos de población. En Guatemala, por ejemplo, uno de los argumentos que algunas organizaciones adversan a la entrada en vigencia del Código de la Niñez y Juventud, es el concepto enmarcado en sus bases filosóficas, que sustentan un enfoque prioritario a las necesidades de este grupo poblacional. Esto, aducen tales entidades, representa una violación a los derechos de los adultos, que deben ser iguales ante la ley a todo otro grupo de población.

Una excepción a esta realidad ha sido, indudablemente, el modelo cubano de atención a la salud, en el que los niños y los jóvenes constituyen un blanco prioritario de los esfuerzos sanitarios de la sociedad. Tanto el modelo filosófico que subyace en la difícil situación económica que la sociedad cubana enfrenta en el contexto de su relación política con los Estados Unidos, exigen de la devoción y de los mejores esfuerzos, para proteger una de sus mayores riquezas y potencialidades: su niñez y su juventud. En ese contexto, la atención a la salud mental de los jóvenes requiere de modelos diagnósticos y clasificatorios, que permitan, de una manera eficiente, válida y fiable, detectar y caracterizar los trastornos que aquejan a dicha población, para la oportuna intervención del sistema de salud en todos los niveles de prevención.

El Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (GC3, Ministerio de Salud Pública: Hospital Psiquiátrico de la Habana) expresa este compromiso del establecimiento médico que lo origina. Fundado en los considerables avances que la clasificación ha conseguido en el campo de los trastornos mentales y en los progresos metodológicos de la taxonomía psiquiátrica moderna, a saber un enfoque fenomenológico, la utilización de criterios diagnósticos precisos, la evaluación multiaxial al paciente y la formulación idiográfica de la condición clínica (Mezzich, 1995; Mezzich y Jorge, 1993), el GC3 asigna tres de sus diez secciones al estudio de la fenomenogénesis de los trastornos habitualmente diagnosticados durante la infancia y adolescencia. La adopción de una postura multiaxial en relación al diagnóstico de dichos problemas en la niñez y adolescencia, tal como lo propone el GC3, ofrece al clínico un panorama del problema del sujeto, que parece más conducente a la intervención efectiva sobre sus aspectos más importantes. Esto incrementa, indudablemente, la calidad de la atención en salud para esa población.

Aunque su base la constituye el Capítulo V (F) de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992; 1993) de la que, por supuesto no se divorcia, impresiona la independencia de criterio de los psiquiatras infanto-juveniles cubanos, reflejada en las diversas anotaciones que hacen a la clasificación internacional y que permite el ajustar ésta a las características de la población y a las necesidades del sistema de salud local. Un ejemplo importante, lo constituye el concepto de esquizofrenia infantil (Ministerio de Salud Pública: Hospital Psiquiátrico de La Habana, 1996 [F20.80, págs. 107-108]), que se preserva en el GC3 y que permite, contrario a lo que proponen tanto la CIE-10, como el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), recoger los matices particulares de ese síndrome clínico en el sector más joven de la población afectada, y cuya utilidad la hemos podido comprobar de manera práctica en ejercicios clínicos en diferentes partes de Latinoamérica.

Es con gran regocijo, pues, que recibimos esta notable contribución de la psiquiatría infanto-juvenil cubana al desarrollo de la clasificación psiquiátrica mundial. Esperamos que este ejemplo de independencia científica e intelectual inspire los esfuerzos de aquellos que queremos ver la psiquiatría latinoamericana afirmar su valía en el concierto de la psiquiatría mundial. Sin duda alguna, el GC3 representa el punto de partida para ese otro gran esfuerzo que hemos iniciado y que esperamos revertir en el desarrollo a corto plazo de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico.

Profesor Carlos E. Berganza.

Profesor de Psiquiatría Infantil y del adolescente (Guatemala).

Representante zonal de la Asociación Mundial de Psiquiatría (A.M.P)
para México, Centro América y el Caribe.

Secretario de la Sección de Clasificación y Evaluación Diagnóstica de la A.M.P.

Presidente del Comité de Dirección de la Guía Latinoamericana de
Diagnóstico Psiquiátrico

INTRODUCCION

El hombre, desde su nacimiento hasta su muerte, es una continuidad evolutiva. De cómo se vivió la infancia depende, en gran medida, la calidad de la adultez y de ambas etapas la de la vejez. Tampoco pueden atribuirse estancos independientes para separar los trastornos padecidos por niños, adolescentes, adultos y ancianos, ni afirmarse que exista una clara línea divisoria entre esas etapas evolutivas, incluso la personalidad no pasa en bloque de una etapa a la otra, sino que un sujeto cuando ya es adulto en algunos aspectos, sigue aún siendo niño o adolescente en otros, a veces para el resto de sus días.

También es cierto, que muchos de los trastornos diagnosticados en los adultos, o sus raíces, estaban ya presentes o en ciernes desde épocas más tempranas (en la infancia, y sobre todo, en la adolescencia) donde se pueden apreciar alteraciones que satisfacen los criterios diagnósticos de trastornos que se ven, preferentemente, en la edad adulta (la esquizofrenia, por ejemplo).

En otras ocasiones, aun cuando la expresión del proceso morboso tenga matices y características sintomáticas diferentes en la niñez, adultez, y vejez, un mismo mecanismo de producción de los síntomas puede ser identificado, lo que justifica su registro en una misma sección. Un ejemplo típico lo constituye la depresión.

Por lo tanto, el título de este capítulo no significa, en modo alguno, que todos los trastornos presentados por niños y adolescentes, ni ninguno de aquellos padecidos por los adultos, deban ser registrados en él.

Por el contrario, el diagnóstico en psiquiatría infanto-juvenil requiere el uso de varias de las categorías contenidas en las secciones F0 a F6, cuando el cuadro clínico satisface los criterios para su inclusión en ellas y viceversa. En este capítulo, pueden rubricarse algunos trastornos en personas adultas, que se arrastran desde la infancia o son por primera vez diagnosticados a esa edad, siempre que se satisfagan las pautas diagnósticas pertinentes.

Debe tenerse en cuenta que, para un mismo diagnóstico, las pautas pueden ser iguales a cualquier edad, o admitirse manifestaciones equivalentes a las descritas. Esto último es válido también para aquellos trastornos, en cuya patoplastia son importantes los factores culturales.

La separación de este capítulo se justifica, sin embargo, por el reconocimiento de la psiquiatría infanto-juvenil como rama autónoma, aunque no independiente de la psiquiatría general, y por ser los trastornos contenidos en él (como causa de atención) mucho más importantes en dichas edades, de las que son, si no específicos, al menos típicos.

F70-F79 RETRASO MENTAL

F70 F79 - Retraso mental

- F70 - Retraso mental ligero
((Retraso mental leve))
- F71 - Retraso mental moderado
- F72 - Retraso mental grave.
- F73 - Retraso mental profundo
- F74 - Retraso mental de grado ligero a moderado.
- F75 - Retraso mental de grado moderado a grave.
- F76 - Retraso mental de grado grave a profundo.
- F78 - Retraso mental de otro grado, especificado.
((Otros tipos de retraso mental))
- F79 - Retraso mental de grado no especificado.
((Retraso mental, no especificado))

El área (o áreas) de funcionamiento de mayores dificultades puede ser registrada mediante el uso de un cuarto dígito.

F7X.0 Trastornos de conducta mínimos o ausentes.

F7X.1 Con dificultades (fundamentalmente) en la esfera sexual o competencia social.

F7X.2 Con dificultades (fundamentalmente) por falta de autocontrol.

F7X.3 Con dificultades (fundamentalmente) por comportamiento disocial o antisocial.

F7X.4 Con dificultades (fundamentalmente) por validismo deficiente o nulo.

F7X.5 Con dificultades (fundamentalmente) por comportamiento inadecuado en el seno familiar.

F7X.7 Con dificultades en varias áreas (señalarlas).

F7X.8 Con otras dificultades, especificadas.

F7X.90 Con dificultades importantes, no especificadas.

F7X.91 Sin alusión a la existencia de dificultades.

INTRODUCCION

El GC3 ha hecho pocos cambios (con respecto al GC2) en este capítulo, salvo los inherentes a su adaptación a la nomenclatura y estructura de la CIE-10, y al carácter integral y multiaxial en el análisis de esos trastornos que le caracteriza.

Los acápites "características evolutivas de los pacientes con retraso mental de acuerdo con el grado de retraso"; "clasificación patogénica del retraso mental" y "retraso mental y psicosis", (grandes afecciones psiquiátricas) escritos para el GC2 por el Profesor Carlos Acosta Nodal se han conservado con apenas algunas modificaciones semánticas para su adaptación a la CIE-10, y la adición del Síndrome de Rett y otras causas del R.M.

Algunos aspectos han sido ampliados y se han establecido las modificaciones pertinentes en la estructura de la sección, para lograr una exposición coherente con la del resto del manual.

Como se analiza más adelante, el R.M. resulta, en ocasiones, difícil de evaluar, debido, en parte, a que implica una merma en distintas funciones, que pueden tener una afectación muy dispareja, a su estrecha relación con la cultura y otros trastornos mentales y a la "labilidad" de las pruebas diseñadas para medir la "inteligencia".

Una división del R.M. (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" habla mucho de la ignorancia médica, pero casi nada del estado del paciente, sus necesidades, derechos y responsabilidades, ya que la afectación puede ser desde ligera hasta grave o profunda. Si bien a veces colocar a un paciente en una categoría exacta puede resultar muy difícil o imposible, el rango aproximado de funcionamiento suele ser más fácil de establecer, y en ocasiones, "tipifica" mejor a un paciente que forzar su ubicación en un nivel determinado.

No hay lugar a indecisiones (en un paciente adecuadamente estudiado) entre dos categorías distantes: por ejemplo, entre un grado ligero o grave de funcionamiento. Las dudas pertenecen a la zona fronteriza y afirmar que un paciente tiene un nivel de funcionamiento ligero a moderado, en ocasiones, es ubicarlo en un rango más estrecho y objetivo que cuando se le cataloga en uno u otro nivel.

En virtud de lo antes señalado, el GC3 incluye los grados intermedios de retraso (ligero a moderado, moderado a grave y grave a profundo), que siempre que sea posible deben sustituir el ambiguo término de "Grado no especificado", que quedaría solamente para ser usado en pacientes muy insuficientemente estudiados. Si tratamos de informar la dirección de alguien, ayuda más que digamos que vive en la zona fronteriza entre México y Estados Unidos, que afirmar que reside entre Alaska y la Tierra del Fuego.

Dos tipos de pacientes entrarían en esas categorías intermedias, aquellos que, por no tener un estudio completo, ubicamos en ellas hasta precisar más sus características (lo que debe señalarse con la frase de "provisional" en el enunciado), y los que aún después de haber sido estudiados adecuadamente, no pueden ser "rescatados" de la Tierra de Nadie.

No obstante, no debe caerse en el facilismo de abusar de dichas opciones, y en todo paciente, se deben agotar los recursos para ubicarlo en las subcategorías F70 - F73.

Más que por su poca “inteligencia” es por sus dificultades de adaptación que el paciente con retraso mental entra en contacto con el equipo de Salud Mental. La adecuada señalización de esas disfunciones facilita tanto el trazar planes terapéuticos, como la comunicación entre la gran variedad de profesionales (educadores, defectólogos, psiquiatras, legistas, etc.), que con disímiles objetivos convergen en la atención a dichos pacientes.

La utilización de un cuarto y quinto dígitos para esos fines, es otro de los cambios introducidos por el GC3 (ver diagnóstico).

CONCEPTO

Ese término se utiliza para designar un estado, en el cual, el desarrollo de la mente es incompleto o se detiene, caracterizado por un funcionamiento general subnormal especialmente acusado en el aspecto intelectual, acompañado de alteraciones en la maduración, el aprendizaje y la adaptación social. Se origina durante el período del desarrollo (desde la etapa prenatal hasta la adolescencia).

CONSIDERACIONES GENERALES

Debido a la influencia que sobre la aparición y detección del R.M. ejercen la calidad de vida y el grado de exigencia y tolerancia de su entorno, así como por la "labilidad" de las pruebas psicológicas para medirlo, resulta imposible hablar de tasas de prevalencia de validez universal.

En algunos medios, ese fenómeno no ha sido estudiado en absoluto, y en otros, ha sido examinado con técnicas y criterios heterogéneos.

En Cuba, se estima que la población con R.M. representa alrededor del 2% de la general, mientras que, en la mayor parte de los países desarrollados, se calcula entre un 1 y un 3% de personas con retraso mental, de los cuales aproximadamente un 10% presenta un grado grave o profundo, similares cifras se registran en el DSM-IV, y se estima que cerca de un 45% es de patogenia pre o perinatal y entre un 15 y un 20% de causas experienciales.

Se conocen actualmente más de mil agentes causales de retraso mental, los que, en términos generales, pueden dividirse en orgánicos o experienciales, aunque los ambientes propicios para los primeros (miseria, hacinamiento, ignorancia, pobre o nula atención médica, desnutrición, malas condiciones sanitarias, etc.), lo son también para los segundos, por lo que, en muchas ocasiones, factores de una y otra índole coinciden y hacen casi imposible un diagnóstico preciso.

Existe una cierta relación entre la edad en que se formula el diagnóstico y el grado de retraso.

Un diagnóstico en los primeros días o meses de nacido, por lo general, implica una causa orgánica y la presencia de estigmas físicos, con una mayor posibilidad de trastornos sensoriales y motores y una grave perturbación conductual.

Los déficits sensorio-motores, la estimulación, nutrición y apoyo afectivo inadecuados, así como un sinnúmero de condiciones somáticas y psiquiátricas, pueden complicar la evolución y atención a esos pacientes.

La evolución y el pronóstico dependen de la gravedad del retraso, naturaleza (estática o progresiva) de su causa, de las enfermedades asociadas, la calidad del entorno y el nivel de intervención médico-social accesible. Cambios notables en el comportamiento adaptativo, y aunque, por lo general, menos marcados en el C.I. se pueden lograr en muchos pacientes, por lo que el grado de retraso, e incluso, en ciertas circunstancias, el satisfacer los criterios para diagnosticar R.M., no necesariamente son fatalmente rígidos e inmutables.

Cuadro Clínico:

Si se tiene en cuenta la amplísima gama de síndromes que los cientos de agentes causales de R.M. pueden presentar y su interacción con los patrones culturales y el entorno físico y emocional, es fácil comprender cuán variada pueden ser sus manifestaciones.

Esto, sin embargo, es sólo una parte del problema, pues una persona con R.M. es muy propensa a padecer numerosas enfermedades psíquicas y físicas, manipulaciones y abusos sociales, que también matizan el cuadro clínico y lo hacen variar de un momento a otro.

Por otra parte (sobre todo en los grados más acentuados de R.M.), no es raro encontrar manifestaciones desproporcionadas ante cambios del entorno, que para un sujeto normal apenas serían significativas, y que, a veces, son difíciles o imposibles de identificar. (Ver Retraso Mental y las grandes afecciones psiquiátricas.)

Un paciente con R.M. puede: ser físicamente bello y atractivo, o tener un aspecto aterrador y repulsivo, mostrar una agresividad o placidez extremas, ser un campeón olímpico o un inválido total, un ser carismático y popular, o todo lo contrario.

Aunque el paciente con dicha afección no alcanza el nivel mínimo de adaptación requerido para una persona promedio en cuanto a satisfacer las exigencias sociales propias de su entorno, puede llevar una existencia armónica y feliz en un medio apropiado, o suceder justamente lo contrario, diferencia que, en ocasiones, depende más de las "discapacidades" del ambiente social que de las del propio paciente.

En dependencia del clima emocional, actitudes, posibilidades materiales y otras muchas características de su hogar, un paciente con R.M. puede representar mucho o ningún estrés para sus convivientes.

El síndrome psiquiátrico asociado y las dificultades de adaptación (excepto las directamente relacionadas con el déficit cognoscitivo), no siempre guardan relación con el grado de retraso, y dependen más bien de la relación dialéctica entre todos los factores ya mencionados, que de alguno de ellos en particular.

Si la adaptación se define como capacidad para satisfacer las obligaciones personales, familiares y sociales de un sujeto promedio de su edad y entorno, suele haber congruencia entre el grado de retraso y el nivel de adaptación, a menos que el R.M. se acompañe de otras enfermedades psiquiátricas o de otra índole, que de por sí, lo impidan, pero si la capacidad adaptativa se establece con base en la posibilidad de llevar una existencia feliz y armónica con un entorno que limite las exigencias a las posibilidades del paciente y le satisfaga sus necesidades básicas, el nivel de adaptación va a estar dado más por el síndrome psiquiátrico asociado y el "síndrome social", que por el grado de retraso (salvo en casos extremos).

Muchos cuadros de R.M. tienen características especiales, que permiten identificarlos desde los puntos de vista causal y del grado de retraso.

Esas características están reflejadas en este capítulo, en las descripciones de síndromes asociados al R.M. y a sus características comunes, según el grado de retraso y el período evolutivo en que se encuentre el paciente.

A continuación, se enumeran los distintos grados del R.M. seguidos del C.I. que los caracteriza, y se remite, al lector a los acápites "Características Evolutivas del Paciente con Retraso Mental de acuerdo con el Grado de Retraso" y "Clasificación patogénica del Retraso Mental" de este capítulo, como guía para la identificación y codificación del R.M., según el grado de profundidad y el agente causal.

Se recuerda que no se debe ser rígido al evaluar dichos aspectos (sobre todo, con relación al C.I.), y que los factores culturales y la exclusión del efecto de otros trastornos o situaciones sobre el desempeño global del paciente, deben tenerse en cuenta (Ver diagnóstico).

F70 RETRASO MENTAL LIGERO ((LEVE)) (C.I. 50-69 Edad mental de 9 a menos de 12 años)

Suele ser de diagnóstico tardío, rara vez antes del período escolar. Son infrecuentes los estigmas físicos y las minusvalías sensoriales o motoras, salvo alguna asociación casual. Una causa simple del R.M. pocas veces puede ser identificada.

Es ése el nivel de retraso donde están más representados los factores experienciales. Después del período escolar, estos pacientes suelen ingresar en las filas de los trabajadores no calificados o amas de casa, y pierden su "identidad como personas con "retraso"; situación que es eventualmente puesta de manifiesto por desajustes ante las exigencias sociales.

Sus principales dificultades están dadas por una sociedad altamente tecnificada y rápidamente cambiante, que exige conocimientos y habilidades cognoscitivas para las tareas más sencillas. En un medio donde la enseñanza primaria no es obligatoria, y las demandas y cambios tecnológicos son mínimos, muchos de esos sujetos no serían nunca reconocidos como deficientes. Otra fuente importante de desajuste en los pacientes con R.M.L., es que sus demandas y aspiraciones suelen ser iguales o similares a las de la población normal, lo que los coloca en una posición de desventaja en la competencia laboral, social y hasta sentimental. En ausencia de un trastorno psiquiátrico asociado, sus motivaciones y necesidades psicológicas son claramente comprensibles.

Características evolutivas: Ver pág. 292.

Incluye: Debilidad mental, Subnormalidad mental leve, Oligofrenia leve, morón.

F71 RETRASO MENTAL MODERADO (C.I. 35 - 50. Edad mental 6 a menos de 9 años)

El diagnóstico es, a menudo, sospechado por cierto retardo en el desarrollo psicomotor en el primero o segundo año de vida.

Algunos estigmas o discapacidades físicas pueden estar presentes, aunque esto no constituye la regla. La identificación de un agente causal de naturaleza orgánica, es mucho más frecuente que en el grupo anterior.

Aunque no es raro que se produzcan reacciones y motivaciones psicológicas poco entendibles (por su naturaleza o intensidad), la comprensión del comportamiento de esos pacientes no resulta complicada, por lo general.

Características evolutivas: Ver pág. 292.

Incluye: Imbecilidad, Subnormalidad mental moderada, Oligofrenia moderada.

F72 RETRASO MENTAL GRAVE (C.I. 20 - 34. Edad mental de 3 a menos de 6 años)

El diagnóstico es precoz, en los primeros días o meses de nacido y no rara vez en la propia maternidad (si es de causa pre o perinatal), a menos que sea de aparición tardía en la infancia (accidentes, infecciones del SNC, intoxicaciones, enfermedades neurodegenerativas etc.).

Una causa orgánica puede ser casi siempre evidenciada, aunque no siempre demostrada, y el momento de aparición del retraso (pre, peri o postnatal) es casi siempre posible.

Son frecuentes la presencia de estigmas físicos y las complicaciones del cuadro por discapacidades físicas (sensoriales o motoras) o por una epilepsia.

Sólo excepcionalmente (y ante situaciones muy extremas e inusuales), el retraso podrá ser atribuido a factores experienciales, aunque éstos pueden contribuir al mal funcionamiento cognoscitivo, y sobre todo, al síndrome psiquiátrico asociado.

Representan, por lo general, una difícil carga para las familias por su comportamiento anómalo y necesidades de atención.

La comunicación psicológica con ellos a través del segundo sistema de señales es mínima, o incluso nula. Sin embargo, a nivel intuitivo afectivo pueden establecerse vinculaciones fuertes, a veces puestas de manifiesto por cuadros reactivos tormentosos ante la falta o sustitución de la persona que los “atiende” y “entiende”.

Características evolutivas: Ver pág. 292.

Incluye: Subnormalidad mental grave, Oligofrenia grave, retraso (oligofrenia) severo.

F73 RETRASO MENTAL PROFUNDO (C.I. menor de 20. Edad mental de 3 años)

Sus características son similares, pero mucho más acentuadas, que las del grupo precedente (F72), con validismo mínimo o nulo.

Características evolutivas: Ver pág. 292.

Incluye: Idiocia, subnormalidad mental profunda, oligofrenia profunda.

F74 RETRASO MENTAL DE GRADO LIGERO ((LEVE)) A MODERADO

Se incluirán aquí aquellos pacientes, que por su C.I. y patrones evolutivos, satisfacen parcialmente los criterios de inclusión en F70 y F71 sin un predominio de las características de ninguna de esas categorías. Cuando las manifestaciones del pacientes lo acerquen más a una de ellas, el diagnóstico no será F74, sino F70 o F71, según corresponda. (Ver diagnóstico).

F75 RETRASO MENTAL MODERADO A GRAVE

Caben aquí las mismas consideraciones hechas en F74, pero en relación con las situaciones limítrofes entre F71 y F72.

F76 RETRASO MENTAL GRAVE A PROFUNDO

Serán registrados aquí los pacientes de los que sólo se sabe que la intensidad del retraso es mayor que la de F72. (Retraso mental grave)

F78 RETRASO MENTAL DE OTRO GRADO, ESPECIFICADO

Esta categoría se usará solamente cuando el paciente no pueda ser ubicado en ninguna de las anteriores, debido al uso de criterios operativos especiales que así lo requieran, para investigaciones u otras tareas específicas.

F79 RETRASO MENTAL DE GRADO NO ESPECIFICADO

Queda reservada esa categoría para pacientes muy insuficientemente estudiados, en los que no es posible ni siquiera un estimado aproximado del grado de retraso.

Incluye: Subnormalidad mental, no especificada.
Oligofrenia de grado no especificado.

NOTA: Deben agotarse los esfuerzos por ubicar a los pacientes en F70 a F73.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico del retraso mental es un proceso complejo y multifacético, que implica:

- a) Diagnóstico de la existencia y grado de retraso mental.
- b) Diagnóstico causal.
- c) Diagnóstico del síndrome psiquiátrico asociado.
- d) Diagnóstico de las discapacidades y otras afecciones concomitantes.
- e) Diagnóstico social (características del entorno).

La existencia y el grado de retraso se basan en la identificación clínica (entrevista al paciente, familiares, maestros, etc., observación y biografía) de los criterios diagnósticos correspondientes.

El rendimiento del paciente debe ser contrastado con las expectativas, exigencias y otras características de su entorno sociocultural, y la ocurrencia de enfermedades o circunstancias intercurrentes, que afecten temporalmente el funcionamiento del paciente, debe ser excluida durante el período de observación.

Las pruebas psicológicas constituyen una valiosa ayuda, ya que, cuando se realizan de forma adecuada, suelen dar resultados congruentes con el cuadro clínico.

Sin embargo, deben tenerse en cuenta las mismas consideraciones hechas con el examen clínico. Las pruebas deben estar debidamente estandarizadas, ajustarse a la cultura del sujeto evaluado y tener en cuenta las limitaciones sensoriales y motoras, que el paciente pueda presentar.

El C.I. marcado por las pruebas psicológicas no tiene un valor absoluto, sino que representa el punto medio de una oscilación variable, según el instrumento empleado.

Un Wechsler de 70 (valor por debajo del cual se acepta el retraso mental) representa un rango de 65 a 75, por lo que de acuerdo con la clínica, puede ser considerado normal un paciente con un C.I. de 65 y con retraso mental ligero otro con 75, según el nivel de funcionamiento general de cada uno.

En caso de discrepancias entre el C.I. y el juicio clínico, el paciente se diagnosticará en el Eje I, según este último, y se señalará la contradicción con el C.I. en el Eje VI.

Siempre que se conozca la enfermedad de base debe ser diagnosticada en el acápite correspondiente de la CIE-10.

Aquellas manifestaciones morbosas que caracterizan el comportamiento del paciente con retraso mental y que, en última instancia, son el objetivo básico de la terapéutica, forman parte del diagnóstico integral de esos síndromes.

El GC-3, habilita un Sistema de Subcategorías, que mediante la utilización de cuartos y quintos dígitos, permite identificar tanto las áreas conflictivas como las dificultades específicas; subcategorías que a continuación exponemos:

F7X.0 Con ((deterioro del comportamiento mínimo o inexistente)), dificultades específicas mínimas o ausentes

F7X.1 Con afectaciones, predominantemente en la esfera sexual o competencia social.

F7X.10 Con dificultades para afrontar satisfactoriamente las actividades sociales básicas. (Estudio, trabajo, amistades, grupos sociales, familia y pareja, uso de servicios médicos, legales, de asistencia social, etc.). Señalar cuáles.

F7X.11 Dificultades específicas para la planificación familiar.

F7X.12 Formas inadecuadas de sexualidad debida al R.M. en sí (Abuso, promiscuidad, incesto, etc.).

F7X.13 Falta de apoyo, rechazo u hostilidad social.

F7X.14 Dificultades mixtas en la competencia social o comportamiento sexual

F7X.18 Otras dificultades en estas áreas (especificadas).

F7X.19 Dificultades de competencia social o sexual SOE

F7X.2 Con afectaciones, fundamentalmente por falta de autocontrol.

F7X.20 Agresividad.

F7X.21 Autolesiones.

F7X.22 Impulsividad.

F7X.23 Fugas del hogar.

F7X.24 Control de las necesidades alimentarias.

F7X.25 Control de las actividades lúdicas.

F7X.26 Mixtas.

F7X.28 Otras.

F7X.29 No especificadas.

F7X.3 Con dificultades, fundamentalmente por comportamiento disocial o antisocial.

F7X.30 Pseudo cleptomanía.

F7X.31 Matonismo.

F7X.32 Actividad desafiante dirigida a normas, figuras de autoridad y valores sociofamiliares.

F7X.33 Mixtas.

F7X.38 Otras formas de conductas disociales.

F7X.39 No especificadas.

F7X.4 Con dificultades, fundamentalmente por disminución o ausencia de validismo. (Aclarar si es debida a trastornos motores o sensoriales y usar doble diagnóstico).

F7X.40 Inadecuado control esfinteriano.

F7X.41 Limitaciones en la ingestión de alimentos.

F7X.42 Incapacidad para vestirse o calzarse y mantener y cuidar el vestuario.

F7X.43 Necesidad de vigilancia por desconocimiento del peligro.

F7X.44 Déficits sensorio-motores.

F7X.45 Mixtas.

F7X.48 Otras.

F7X.49 No especificadas.

F7X.5 Con dificultades, fundamentalmente en el seno familiar.

F7X.50 Incapacidad de ajustarse a las normas de conducta familiar.

F7X.51 Desatención o maltrato a hijos y otros familiares.

F7X.52 Vulneración evidente de formas de convivencia (ruidos de noche, suciedad, escenas obscenas o inadecuadas, etc.).

F7X.53 Negligencias o descuidos, que ponen en riesgo la integridad física de los miembros del hogar y sus pertenencias o sobrecargan innecesariamente las tareas hogareñas.

F7X.54 Falta de consideración y respeto a los derechos de otros miembros del grupo familiar.

F7X.55 Necesidad de apoyo externo para mantener una vida familiar autónoma.

F7X.56 Falta de apoyo, rechazo u hostilidad dentro del seno familiar

F7X.58 Otras dificultades en el seno familiar (especificadas)

F7X.59 Dificultades en el seno familiar SOE

F7X.7 Con múltiples dificultades fundamentales (señalar cuáles).

F7X.8 Con otras dificultades del comportamiento (especificadas.)

Incluye: Dificultades de comunicación no debidas a trastornos sensorio-motores.

F7X.90 Con dificultades importantes S.O.E.

F7X.9l Sin alusión a dificultades en el comportamiento.

También deben diagnosticarse las afecciones somáticas y psíquicas concurrentes y codificarse en el rubro correspondiente de la CIE-10.

Para el Registro Simultáneo de Retraso Mental y las grandes Afecciones Psiquiátricas deben seguirse los preceptos establecidos en el acápite "Retraso Mental y Grandes Afecciones Psiquiátricas".

Para la tipificación de las minusvalías y factores circunstanciales no incluibles en estas subcategorías debe hacerse uso de los Ejes II,III y IV.

Si bien algunos de los rubros (en especial, los concernientes al validismo) de dichas categorías constituyen minusvalías en sí, se ha preferido traerlos al Eje I por la función decisiva que desempeñan en el contexto del R.M.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial del R.M. es sumamente amplio y abarca la casi totalidad de los trastornos psíquicos, por lo que nos vamos a referir a ellos de forma general.

Es necesario hacer el diagnóstico diferencial con los trastornos específicos del aprendizaje, que pueden afectar una o más áreas de las funciones cognitivas, pero no la cognición de manera global.

También deben tenerse en cuenta las enfermedades crónicas debilitantes, los déficits sensoriales y motores, los ambientes inadecuados (falta de apoyo familiar, situaciones anómalas de escolarización, discrepancias culturales entre el niño y su entorno actual) y otros factores que pueden provocar un pobre rendimiento escolar, y no rara vez un trastorno del comportamiento secundario al estrés que generan.

Otros diagnósticos que se deben tener en cuenta son los trastornos generalizados del desarrollo, los trastornos del comportamiento y las emociones, los discinéticos, los trastornos del humor, los trastornos de ansiedad, los trastornos mentales orgánicos, las psicosis, e incluso, las alteraciones netamente físicas (Ej.: **facies displásticas**).

Por otra parte, esa entidad puede acompañarse de cualquier trastorno somático o mental, como muchos de los antes descritos, que van a ser responsables, en cierta medida, de la conducta inadaptativa del paciente, lo cual debe tenerse en cuenta a la hora de evaluar el nivel de retraso, la terapéutica y el pronóstico.

Pautas diagnósticas

La CIE-10, de uso clínico, después de advertir todas las dificultades y precauciones para el diagnóstico pertinente (ver diagnóstico), recomienda que para el diagnóstico del R.M., debe haber:

- 1)- Un rendimiento intelectual subnormal evidenciado por la clínica y los resultados de las pruebas psicológicas adecuadamente aplicadas e interpretadas.
- 2)- El rendimiento subnormal debe ser causa de una disminución de la capacidad adaptativa a las exigencias de la vida cotidiana del entorno sociocultural del paciente.
- 3)- La categoría elegida debe basarse en la evaluación global de las discapacidades del paciente.

Para los distintos grados de retraso, además de los indicadores ya descritos, se tendrá en cuenta el nivel de capacidad adaptativa reflejado en las descripciones de cada uno de ellos.

CARACTERISTICAS EVOLUTIVAS DEL PACIENTE CON RETRASO MENTAL DE ACUERDO CON EL GRADO DE RETRASO

Grado de retraso mental	Período de desarrollo
Ligero ((leve))	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.
Ligero ((leve))	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.
Ligero ((leve))	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.
Moderado	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.

Moderado

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.

Moderado

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.

Grave

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.

Grave

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.

Grave

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.

Profundo

Edad preescolar: de 0 a 5.

Maduración y desarrollo.
Retraso grosero, capacidad mínima de funcionamiento en áreas sensorio-motoras; necesita ser cuidado.

Profundo 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.

Profundo 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.

Debe tenerse presente la posibilidad de variaciones en la clasificación del grado de retraso, puesto que se pueden obtener cambios tan radicales, como que un cociente de 25 pase a 50, siempre que se coloque al paciente en un medio que le proporcione la estimulación psíquica adecuada a su grado de desarrollo intelectual y que se le ofrezca el apoyo y el amor que necesitan, sin olvidar el efecto beneficioso de una buena atención a los cuidados físicos. Es de notar la importancia creciente del trabajo socialmente organizado como elemento promotor del desarrollo y la adaptación social.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

En los criterios diagnósticos para la investigación (CIE-10), se considera:

“No es posible especificar unos criterios diagnósticos de investigación del R.M. 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 R.M., el pobre rendimiento cognoscitivo y la competencia social disminuida están profundamente influidos por el entorno social y cultural”.

Se especifica en dicho manual, que las pautas diagnósticas que propone, deben ser ajustadas a las características del medio en que se emplearán (patrones culturales, expectativas, etc.).

Para evaluar el rendimiento cognoscitivo proponen el siguiente esquema de referencia.

Nivel de rendimientos cognoscitivos:

Categoría	Retraso Mental	C.I.	Edad Mental
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.

Respecto al nivel de competencia social, señala, que la Escala de Madurez Social de Vineland es el instrumento más usado en Europa y América del Norte, pero previene sobre la necesidad de hacer adaptaciones de la misma, si ha de emplearse en otras culturas.

2. Nivel de competencia social.

En la mayoría de las culturas europeas y americanas se recomienda emplear la Escala de Madurez Social de Vineland, si se considera apropiada (hacen falta versiones modificadas o escalas equivalentes para su uso en otras culturas).

En el DSM-IV, se registran criterios similares, un C.I. subnormal objetivo y correctamente medido por pruebas psicológicas, o por un juicio clínico (en niños pequeños), y un funcionamiento subnormal (para su grupo etario y cultura), en al menos, dos áreas importantes o grupos de habilidades específicamente señalados en ese manual.

En ambos manuales, se afirma que el diagnóstico debe realizarse antes de los 18 años de edad, pero sólo en el DMS-IV esto aparece explícitamente como un requisito diagnóstico.

CLASIFICACION PATOGENICA DEL RETRASO MENTAL

Primero, se clasificará el retraso de acuerdo con su grado o intensidad, y a continuación, se señalará la causa, (clasificación patogénica), para lo cual se hará uso del código general.

- consecutivo a infección o intoxicación.
- consecutivo a traumatismo, agente físico o anoxia.
- asociado a trastornos del metabolismo, crecimiento o nutrición.
- asociado a enfermedad encefálica extensa.
- asociado a enfermedades y estados debidos a influencias prenatales no conocidas.
- con anomalías cromosómicas.
- asociado a nacimiento prematuro.
- consecutivo a las grandes afecciones psiquiátricas.
- asociado a privación psicosocial (ambiental).
- asociado a manifestaciones epilépticas.
- de causa desconocida.

Es posible que muchos de los agentes causales que se describen a continuación puedan provocar cualquier grado o intensidad de retraso mental, lo que dependerá, en primer lugar,

de la magnitud del daño estructural del encéfalo; de ahí que los casos denominados "fisiológicos", "culturales", "familiares" o "idiopáticos" (sin alteraciones estructurales demostrables), en cuya patogenia se evocan factores de privación psicosocial (ambiental), sean usualmente ligeros, salvo en los pacientes en que la falta de estimulación humana haya sido excepcionalmente intensa, prolongada y precoz.

Se describirán, brevemente, algunas de las afecciones correspondientes, como ejemplos destacados.

CONSECUTIVO A INFECCION O INTOXICACION

En ese grupo, se clasifican los pacientes en los cuales el retraso mental es el resultado de daño cerebral residual por infecciones intracraneales, sueros, drogas o agentes tóxicos.

Ejemplos:

Rubéola congénita.

La padecen del 10 al 15% de los lactantes nacidos de madres infectadas durante el primer trimestre del embarazo.

Microftalmia.

Opacidad de la córnea.

Dermatoglifos anormales.

Atrepsia esofágica.

Anemia hemolítica.

Aumento de células en el líquido cerebro espinal.

Diversos grados de retraso, generalmente grave o profundo.

Enfermedad por el virus de inclusiones citomegálicas

Es debida a infección viral de la madre por virus que no pueden diferenciarse morfogénicamente de los del herpes simple, la varicela o el zóster. Se reconoce por la presencia de cuerpos de inclusión, que aparecen en los elementos celulares de la orina, líquido cefalorraquídeo y tejidos.

Hepatoesplenomegalia.

Ictericia.

Coriorretinitis.

Atrofia óptica.

Nistagmo

Estrabismo.

Microcefalia.

R.M. de mínimo a grave.

Sífilis congénita

Coriorretinitis.
Atrofia óptica.
Queratitis intersticial.
Nariz en silla de montar.
Rinitis.
Anomalías dentarias.
Perforación del paladar.
Osteocondritis.
Tibias en sable.
Hepatoesplenomegalia.
Piel eritematosa.

El R.M. depende de la magnitud del daño orgánico cerebral.

Toxoplasmosis congénita

Causada por el *Toxoplasma Gondii*.
Hidrocefalia, y excepcionalmente, microcefalia.
Calcificaciones intracraneales.
Necrosis periventricular del encéfalo.
Hepatoesplenomegalia.
Microftalmia.
Ceguera, coriorretinitis y enturbiamiento del humor vítreo.
Parálisis ocular.
Crisis convulsivas.
R.M. de ligero a grave.

Puede producirse infección uterina crónica con abortos y fetos muertos repetidos.

Encefalopatía por hiperbilirrubinemia (*kernicterus*) o íctero nuclear

Se produce como consecuencia de la impregnación del encéfalo, especialmente los núcleos basales, por bilirrubina no conjugada, la cual, en los primeros días de la vida, cuando alcanza determinadas concentraciones relacionadas con el peso y la madurez del recién nacido es capaz de atravesar la barrera meningoencefálica y lesionar el sistema nervioso.

En su génesis, intervienen todos aquellos factores que incrementen el tenor de bilirrubina indirecta sanguínea, dificulten su conjugación o incrementen la vulnerabilidad del encéfalo, tales como incompatibilidad sanguínea materno fetal, trastornos metabólicos, infecciones graves, prematuridad, etc.

Las secuelas más frecuentes incluyen:

Coreoatetosis.
Convulsiones.
Disartria.
Espasticidad.
R.M. de grado variable.

CONSECUTIVO A TRAUMATISMO, AGENTE FISICO O ANOXIA

Las especificaciones de ese grupo son las siguientes:

Encefalopatía debida a daño prenatal.

Incluye la irradiación y la asfixia prenatal, esta última consecutiva a anoxia intrauterina por trastornos de la madre, del feto o de la placenta.

Encefalopatía debida a daño mecánico o anoxia durante el parto

En ese subtítulo, se agruparán las lesiones anatómicas causadas al encéfalo, (incluidos los vasos sanguíneos encefálicos y las meninges), durante el parto, por dificultades para la progresión del feto, su expulsión brusca, maniobras obstétricas intempestivas u otra causa, así como las alteraciones consecutivas de la hipoxia encefálica, que se establece durante el nacimiento como consecuencia de trastornos del cordón, la placenta u otra alteración que comprometa el aporte de oxígeno al encéfalo del feto.

Se incluirán aquí todos los pacientes cuyo R.M. sea debido a un parto distócico. Debe especificarse cuál fue el agente que provocó la distocia, siempre que sea conocido.

ASOCIADO A TRASTORNOS DEL METABOLISMO, CRECIMIENTO O NUTRICION

Será clasificado aquí todo trastorno asociado a R.M. directamente debido a disfunción metabólica, nutricional o del crecimiento, incluidos los trastornos del metabolismo de los lípidos, carbohidratos y proteínas, así como las deficiencias nutricionales en general.

Enfermedad de Nieman-Pick (histiocitosis lípida de tipo fosfátido)

Es una lipidosis.

Esfingomielina en células epiteliales y mesenquimatosas. En el cerebro, la esfingomielina aparece dentro de las neuronas en forma de vacuolas intracelulares.

Hepatoesplenomegalia.

Células espumosas en la médula.

Mancha color rojo cereza en la mácula.

R.M. severo.

Herencia autosómica recesiva.

Más frecuente en niños judíos.

Gargolismo (síndrome de Hurler)

Agrandamiento del cráneo.

Raíz nasal ancha y deprimida.

Mandíbula prominente.

Lipocondrodistrofia. Las células y los tejidos contienen cantidades anormales de mucopolisacáridos.

Células espumosas en el cerebro.

Boca abierta y lengua grande.

Manos en garra.

Hernias.

Opacidad de córnea.

Hepatoesplenomegalia.

R.M. grave.

Herencia autosómica recesiva. Esa enfermedad servirá de exponente a un grupo importante de mucopolisacaridoses, tales como los síndromes de Hunter, Sanfilippo, Scheie y la enfermedad de Morquio.

Fenilcetonuria

Oligofrenia fenilpirúvica.

Fenilalanina aumentada en el plasma desde 5 hasta 50 veces más que lo normal.

El aumento de la fenilalanina probablemente inhibe la tirosina, lo que da lugar a la disminución del metabolismo de éstas, con posible disminución de la melanina y el consiguiente color claro del pelo y la piel.

Microcefalia frecuente.

Olor peculiar a ratón.

Inquietud.

Crisis convulsivas, y frecuentemente, hipsarritmia.

Eczemas.

Volúmenes iguales de orina y del reactivo difenilhidracina producen un precipitado en casos positivos.

Solución acuosa al 5% de cloruro férrico + orina = color verde.

R.M. de moderado a grave; pero si se produce un tratamiento adecuado, la inteligencia puede ser normal.

Herencia autosómica recesiva.

Degeneración hepatolenticular. Enfermedad de Wilson

Aumento en la absorción de cobre con acumulación de éste en el cerebro, el hígado y otros tejidos. Excreción por la orina aumentada.

Cambios degenerativos en el cerebro, sobre todo en los ganglios basales y cirrosis nodular del hígado.

La acumulación de cobre en la membrana de Descemet de la córnea produce el anillo de Kaiser-Fleischer, de color pardo verdoso o pardo dorado.

Disminución de la concentración sérica de ceruloplasmina y del cobre sérico total, con aumento del cobre no cerulo-plasmínico como consecuencia de la deficiencia de dicha proteína, cuya función es la de fijar el cobre.

Movimientos coreoatetósicos, ataxia y temblor en la segunda o tercera década de la vida.

Raras veces los síntomas pueden iniciarse en etapas tan tempranas como los cuatro años de edad o retrasarse hasta la cuarta década de la vida.

R.M. o demencia acorde con los cambios degenerativos del cerebro y la época de la vida en que aparezca la enfermedad.

Herencia autosómica recesiva.

Lipoidosis cerebral infantil tardía (enfermedad de Tay-Sach o idiocia amaurotica infantil familiar)

El retraso mental y los demás síntomas dependen de un trastorno del metabolismo de los lípidos.

Se hereda con carácter familiar recesivo.

Generalmente en niños zurdos judíos.

Amaurosis. Mancha rojo cereza junto a la mácula.

Hipertonía extrapiramidal.

Disfagia y desnutrición.

Lipoidosis cerebral infantil tardía (enfermedad de Bielschowsky)

Difiere de la precedente por presentar atrofia de la retina en lugar de la "mancha rojo cereza".

Lipoidosis cerebral juvenil (enfermedad de Spielmeyer-Vogt)

Aparece, habitualmente, entre los cinco y diez años de edad, con participación de los sistemas motores, convulsiones frecuentes y degeneración pigmentaria de la retina. La muerte se produce en cinco o diez años.

Lipoidosis cerebral juvenil tardía (enfermedad de Kuf)

Se clasifica con el encabezamiento de R.M. solamente cuando ocurre a una edad temprana. Lo usual es la aparición, en un adulto joven, de un síndrome demencial, asociado a la ceguera.

ASOCIADO A ENFERMEDAD ENCEFALICA EXTENSA (POSTNATAL)

Ese grupo incluye todas las enfermedades y estados asociados con neoplasias, pero no los tumores secundarios a traumatismos o infecciones. Incluye también un número de enfermedades y estados postnatales, en los cuales la lesión estructural es evidente, pero la causa es desconocida o incierta, aunque, frecuentemente, se presume que sea de naturaleza hereditaria o familiar. Las lesiones estructurales pueden ser degenerativas, infiltrativas, inflamatorias, proliferativas, escleróticas o reparativas.

Neurofibromatosis (enfermedad de Von Recklinghausen)

Enfermedad que afecta el ectodermo, por lo que se producen lesiones características en la piel y el sistema nervioso.

Tumores de la piel: *molluscum fibrosum*, pólipos pedunculados o sesiles. Manchas café con leche. Más de cinco manchas mayores de 1.5cms. sugieren la presencia de dicha afección.

Implicaciones neurológicas (espongioblastomas, gliomatosis central y meningiomas). Convulsiones. Desprendimiento de retina. Exoftalmos.

Alteraciones esqueléticas (asimetrías craneales, sindactilias y escoliosis).

R.M. secundario a los tumores intracraneales.

Hay formas abortivas en que sólo se aprecian algunas manifestaciones cutáneas.

Herencia autosómica dominante.

Esclerosis tuberosa (epiloia, enfermedad de Bourneville)

Se reconoce por la clásica tríada: deficiencia mental, epilepsia y adenomas sebáceos. Áreas de despigmentación ovales y redondeadas en un niño pequeño con crisis convulsivas, sugieren la presencia de la enfermedad. Nódulos rosáceos distribuidos en forma de alas de mariposa aparecen en las mejillas o en otras partes de la cara. Una lesión característica aparece, a menudo, localizada en el tronco: se trata de un área de la piel ligeramente elevada, variable en tamaño, con pigmentación aumentada o disminuida y la apariencia general de una cáscara de naranja.

Corteza cerebral sembrada de engrosamientos nodulares. Son tuberosidades del tamaño de un garbanzo, de color blanquecino y consistencia dura. Calcificaciones intracraneales. Tumores en otros órganos.

Lesiones retinianas planas, blancas o grises (sólo en el 15% de los pacientes).

R.M. de acuerdo con las implicaciones neurológicas; desde ligero hasta profundo. Herencia autosómica dominante. En algunos casos, recesiva.

Angiomatosis cerebral trigeminal (enfermedad de Sturge-Weber-Dimitri)

Angioma cutáneo color vino tinto, de distribución trigeminal. Angioma endocraneal, cuya localización se corresponde con el angioma cutáneo. Lesiones cerebrales con reducción del volumen y calcificación de las capas más externas de la corteza afectada por el angioma.

Alteraciones neurológicas y crisis convulsivas relacionadas con el daño encefálico.

Puede haber glaucoma y exoftalmos del lado donde asienta la lesión.

Modificaciones esqueléticas en hemicara.

Senos frontales y maxilares hipertróficos.

El R.M. depende del daño cerebral.

No hay indicios de que sea hereditaria.

ASOCIADO A ENFERMEDADES Y ESTADOS DEBIDOS A INFLUENCIAS PRENATALES NO CONOCIDAS

Estados existentes en el momento del nacimiento o antes, para los cuales no puede establecerse una causa. Incluyen las anomalías craneales primarias y los siguientes defectos congénitos de origen indeterminado:

Hidranencefalia

Transiluminación del cráneo.

Muerte dentro del año.

Tallo cerebral bien formado con porciones de lóbulo occipital posterior y temporal inferior.

La causa de que la mayor parte de los hemisferios cerebrales se hayan degenerado se cree que depende de la hipoplasia y obstrucción de las ramas de las arterias carótidas internas.

No es hereditaria.

Hidrocefalia congénita

Cifras normales del desarrollo del cráneo:

Circunferencia normal al nacer: 35cm = 13.75 pulgadas.

Se aumenta ½ pulgada mensual durante los primeros 5 meses y ¼ pulgada mensual del 6to. al 12mo. mes. Circunferencia a los 5 años: 50cm = 19.68 pulgadas.

1 D.E. = 1/2 pulgada. Hasta 2 D.E. se considera normal.

Aumento del perímetro encefálico.

Dilatación de los ventrículos cerebrales con aumento del volumen del líquido cefalorraquídeo. Malformación del acueducto de Silvio.

Signo del sol naciente.

Turgencia de la red venosa del cuero cabelludo y la cara.

Crisis convulsivas y piramidalismo.

Amaurosis, oftalmoplejías y estrabismo.

R.M. variable.

Generalmente, no es una anomalía genética, pero la herencia asociada al cromosoma X ha sido encontrada en pacientes con estenosis del acueducto de Silvio. Herencia autosómica recesiva en algunas familias.

Hipertelorismo

Anomalías del esfenoides; las alas menores adquieren un tamaño superior a las mayores.

Distancia interpupilar mayor a la normal, que es de 60 a 70 mm en los adultos sanos.

El R.M. no está presente en la mayoría de los pacientes.

No se considera hereditaria, aunque se ha registrado la presencia de herencia autosómica dominante.

Microcefalia familiar

Peso del cerebro menor de 900 gramos.

Cabeza pequeña, en que el cuero cabelludo es redundante; frente estrecha. La cara es de dimensiones normales.

Crisis convulsivas.

R.M. de moderado a profundo.

Herencia autosómica recesiva.

Hay otras causas de microcefalia, en que el retraso mental es variable o inexistente.

Síndrome de Laurence-Moon-Biedl

Retinitis pigmentaria. Cataratas. Ceguera. Desviación ocular mongólica.

Obesidad. Hipogenitalismo. Testículos duros y escroto bífido.

Polidactilia.

R.M. de grave a leve.

Herencia autosómica recesiva.

CON ANOMALIAS CROMOSOMICAS

Ese grupo incluye a pacientes con R.M. asociado a anomalías cromosómicas.

Síndrome de Down (mongolismo, trisomía 21).

Microcefalia.

Orejas gruesas y no separadas.

Pliegues epicánticos.

Estrabismo y nistagmo.

Líneas palmares simiescas y falta un pliegue cutáneo del meñique.

Sindactilia, polidactilia y otras deformidades.

Macroglosia.

Hipotonía muscular.

Cardiopatías.
R.M. de moderado a grave.
Trisomía del cromosoma 21.

La edad tardía de la madre incrementa el riesgo.

Enfermedad de Klinefelter

Eunocoidismo.
Criptorquídea.
Hipospadia.
Testículos pequeños y endurecidos.
Azoospermia.
Fibrosis e hialinización progresiva de los tubos seminíferos.
Hiperóstosis frontal.
Mandíbula grande en XXXXY.
Paladar hendido.
Miopía y astigmatismo.
Altos y delgados. A veces obesos. Lampiños.
Gonadotropinas urinarias aumentadas.

Herencia ligada a X. Clásico: XXY. Variantes: XXXY, XXXXY y mosaicismos.

Cri Du Chat (deleción del brazo corto del grupo 4-5)

Microcefalia.
Hipertelorismo, desviación antimongólica, pliegues epicánticos, estrabismo y atrofia óptica.
Implantación de las orejas bajas.
Cardiopatías congénitas.
Mauullido hasta los cinco meses o más.
Hipotonía.
R.M. grave.
Deleción de parte de uno de los brazos cortos del grupo 4-5.

Cromosoma 18 anular.

Microcefalia.
Micrognatia.
Hipertelorismo.
Ptosis palpebral.
Estrabismo.
Pliegues epicánticos.
Desviación antimongólica.
Orejas implantadas bajas. Atresia del oído medio. Sordera.

R.M. grave.

No es hereditaria.

Deleción parcial del brazo largo del cromosoma 18

Hipertelorismo.

Pliegues epicánticos.

Nistagmo.

Orejas implantadas bajas.

Antihélix y antitragus prominentes.

Atresia del oído interno y sordera.

Microcefalia.

Retracción de la cara media.

Mandíbula prominente. Labios y paladar hendidos. Boca de pescado.

Hipoplasia genital. Criptorquídea.

Dedos de las manos afilados. Implantación anormal de los dedos de los pies. Talón equinovaro.

Costilla extra.

R.M. de moderado a profundo.

No es hereditaria pero si tiene lugar una translocación del fragmento cromosómico puede haber transmisión a la descendencia.

SINDROME DEL X-FRAGIL

Sinonimia: Síndrome de Martin Bell.

Dentro de las variaciones del cariotipo normal se halla la presencia o ausencia de lugares frágiles. Aunque la mayor parte de ellos no están asociados con síndromes específicos, la presencia de fragilidad en un lugar cerca del final del brazo largo del cromosoma X está asociada con R.M.

Los "lugares frágiles hereditarios" forman otra categoría de rupturas cromosómicas clínicamente significativas. Esos "lugares" están registrados en algunos cromosomas y se manifiestan como quebraduras espontáneas heredadas en forma mendeliana, cuya presencia puede demostrarse por el uso de técnicas especiales de cultivo hístico por pretratamiento específico de las células.

El más importante de los "lugares frágiles" aparece en el brazo largo del cromosoma X (banda q 27-28) y está asociado con un síndrome de R.M. con macroorquidismo o sin él; cabeza pequeña para la talla, rasgos equinos, *filtrum* largo y orejas grandes en varones. El "síndrome del X frágil" es la primera causa de R.M. familiar en varones y quizás responsable del 10% de R.M. ligero en hembras (heterocigotas).

El estudio a un varón con R.M. está incompleto si no se le hace medición del tamaño testicular y estudio cromosómico para ese marcador del cromosoma X.

El trabajo más completo hecho en Cuba sobre dicho síndrome aparece en la Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas: 1(3):89-103 de Sep.-Dic. de 1988 realizado por el Dr. Luis Gayol y colaboradores, del Instituto de Neurología y Neurocirugía.

ASOCIADO A NACIMIENTO PREMATURO

Serán incluidos dentro de ese epígrafe los pacientes que, nacidos con un peso menor de 2500 gramos (5.5 libras) o una edad gestacional menor de 38 semanas, no estén incluidos en ninguna de las agrupaciones anteriores.

CONSECUTIVO A LAS GRANDES AFECCIONES PSIQUIATRICAS

Incluye el R.M. que sigue a la psicosis u otros trastornos psíquicos mayores durante la infancia, cuando no se recoge evidencia de afección cerebral. Para hacer ese diagnóstico se debe constatar que el trastorno psíquico fue extremadamente grave.

ASOCIADO A PRIVACION PSICOSOCIAL (AMBIENTAL)

Esta subcategoría está destinada a las personas con R.M. en que hay antecedentes de privación psicosocial o carencia de una adecuada estimulación sensorial. Quedan excluidos aquellos pacientes con antecedentes definidos de enfermedad orgánica crónica capaz de producir retraso.

Si bien hay controversias y cuestiones por aclarar en relación con la importancia de la estimulación psicosocial para el desarrollo de la inteligencia, podemos mencionar tres factores que influyen decisivamente en dichos aspectos.

Patrones desviados del cuidado materno.

El recién nacido necesita estímulo sensorial. La madre o la persona encargada de cuidarlo debe proporcionarle tales estímulos. Cuando la madre es adecuadamente sustituida en sus funciones, el riesgo de daño al niño disminuye notablemente o desaparece.

La necesidad de actividades motoras, el juego, y muy especialmente la palabra, constituyen estímulos para el desarrollo de habilidades sociales y del pensamiento abstracto. Todo lo cual depende mucho de la adecuación de la encargada de cuidar al niño, de la función materna, donde desempeña una función importante la capacidad de brindar cariño en forma normal.

Institucionalismo

El niño que reside durante largos espacios de tiempo, y sobre todo en períodos críticos del desarrollo, en una institución puede padecer los efectos de una estimulación psíquica deficiente. Los niños se muestran retraídos a apáticos y pueden manifestar características de retraso para su edad, en todas las esferas.

Síndrome de Rett

Es una enfermedad neurodegenerativa de patogenia desconocida, que aparece exclusivamente en niñas y tiene una incidencia de 1/15,000.

El desarrollo de la paciente se realiza normalmente hasta poco después del año de edad, en que la regresión del lenguaje y las habilidades motoras, junto con la desaceleración del crecimiento del perímetro cefálico, se hacen aparentes. La ataxia y un temblor fino de los movimientos de las manos constituyen un hallazgo neurológico temprano.

En la mayor parte de las niñas se desarrolla una respiración suspirante peculiar, con períodos intermitentes de apnea, que puede estar asociada con cianosis. La marca predominante del Síndrome de Rett es un movimiento repetitivo de "lavado de manos" y una pérdida del propósito y el movimiento espontáneo en el uso de las manos, que puede no aparecer hasta los 2 ó 3 años de edad.

La conducta autística es un hallazgo típico en todas las pacientes.

La mayoría de las pacientes presentan convulsiones tónico-clónicas generalizadas, que son generalmente controladas por los anticonvulsivantes.

Los trastornos de la alimentación y la pobre ganancia de peso son comunes. Los hallazgos de algunos estudios han registrado niveles elevados de endorfinas en el LCR.

Ensayos con agentes bloqueadores de los receptores opiáceos (ej. *naltrexone*) han mejorado la apnea y las anormalidades conductuales en algunas pacientes. Después del período inicial de regresión neurológica, el proceso de la enfermedad entra en una fase de meseta con persistencia de la conducta autística. El R.M. es marcado.

Las primeras pacientes en Cuba fueron diagnosticadas por el profesor Joaquín Pascual Gisper.

EL RETRASO MENTAL Y LAS GRANDES AFECCIONES PSIQUIATRICAS (G.A.P)

La asociación de una G.A.P. con el R.M. plantea complejos problemas de diagnóstico y clasificación, que exigen una cuidadosa consideración.

Veamos, de manera resumida, todos los casos en que se produce dicha asociación:

1.- El retraso mental puede ser consecutivo a las grandes afecciones psiquiátricas, (G.A.P.).

2.- La esquizofrenia puede "injertarse" (Propfhebefrenia) en un paciente con R.M. Y nada se opone a la coexistencia de R.M. y una depresión mayor o manía.

3.- Además de R.M., las lesiones encefálicas pueden determinar una conducta psicótica; y un paciente con R.M. no estará exento de padecer un cuadro orgánico agudo desencadenado, por diferentes causas.

4.- Las condiciones de incomunicación afectiva y falta de estimulación en que viven frecuentemente los pacientes con retraso profundo y sus dificultades de adaptación, favorecen la aparición de reacciones de nivel psicótico.

5.- Los pacientes que están integrados al medio social y realizan las mismas tareas que llevan a cabo los normales, tienen a menudo reacciones al estrés de nivel psicótico.

6.- Por otra parte, muchos de los indicadores utilizados para definir la conducta psicótica le sirven al paciente con retraso. Así, a éste le falta el juicio crítico necesario para captar su situación, es incapaz de llenar las demandas habituales de la vida, carece, por tanto, de una adaptación social adecuada, y presenta profundas alteraciones en sus impulsos instintivos y en sus hábitos. Más aun, cuando un paciente con R.M. grave o profundo presenta autoagresiones, agitación psicomotora, rechazo a los alimentos, pica, coprolalia, estereotipias, impulsos morbosos, agresividad y otras manifestaciones psíquicas, es difícil decidir (a menudo lleva meses de observación) si se trata de una psicosis crónica, orgánica o funcional, si padece de un cuadro psicótico agudo de carácter reactivo o si, por el contrario, se trata de la respuesta poco integrada, anárquica y muy deficiente, de un organismo, que por falta de muchos y muy importantes componentes, no establece con el medio una comunicación que tenga coherencia y significación psicológica.

Faltaría, en el último caso, el cambio cualitativo, la desintegración de algo previamente existente como un todo integrado y armónico, que caracteriza la desorganización psicótica. Sería una respuesta inapropiada, pero no estrictamente el resultado del desorden psicótico. Esa imprecisión diagnóstica en relación con las G.A.P. del paciente con R.M. sólo se da en los grados más avanzados de retraso, no es así en los casos más leves, en los cuales los síntomas tienen características similares a los de los sujetos que no padecen de R.M.

Por lo tanto, se recomienda, que cuando en un paciente coexistan ambos cuadros clínicos (retraso mental y una G.A.P.), se proceda de la siguiente manera:

a) Si el retraso es de nivel ligero o moderado, se diagnosticará primero la G.A.P., y en segundo lugar, el grado de retraso y su causa. Ejemplo:

1ro. Reacción a estrés agudo (F43.0).

2do. Retraso mental ligero (F70) consecutivo a encefalopatía por daño mecánico durante el parto.

b) Si el retraso es grave o profundo, se diagnosticará primero el retraso, y en segundo lugar, la Gran Afección Psiquiátrica.

1ro. Retraso mental profundo (F73) consecutivo a rubéola congénita.

2do. Psicosis no orgánica SOE (F29).

El cuadro psicótico (agitación aguda con trastornos del sueño, reducción del campo de la conciencia, etc.), pudiera ser la consecuencia de un cambio de institución por motivos administrativos.

F80-F89 TRASTORNO DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

F80 - F89 - Trastorno del desarrollo psicológico

F80 - 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 comprensión del lenguaje

((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

F80.9 - Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje, no especificado

F81 - 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

F81.80 Trastorno específico de la expresión escrita

F81.9 - Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, no especificadas

F82 - Trastorno específico del desarrollo de la función motriz

F83 - Trastornos específicos mixtos del desarrollo

F84 - Trastorno generalizados del desarrollo

F84.0 – Autismo infantil

((Autismo en la niñez))

F84.1 - Autismo atípico

F84.2 - Síndrome de Rett

F84.3 - Otro trastorno desintegrativo de la infancia

((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

F84.9 - Trastorno generalizado del desarrollo, no especificado

F88. - Otros trastornos del desarrollo psicológico

F89 - Trastorno del desarrollo psicológico, no especificado

INTRODUCCION

Se incluye en esta sección un grupo de trastornos de causa imprecisa (aunque se cree que los factores genéticos pueden desempeñar una función fundamental), que se caracterizan por un retardo en la maduración del sistema nervioso central, que provoca un deterioro de las funciones (lenguaje, motricidad, capacidades viso-espaciales) con él relacionadas. Aparecen tempranamente (en la infancia o niñez) sin que, por lo general, exista un período de sanidad previa. Su evolución es estable, sin oscilaciones evidentes en sus manifestaciones, aunque con tendencia a mejorar progresivamente a medida que la edad avanza. Además, la presencia o intensidad de los síntomas no es explicable con base en otro trastorno codificable (R.M., enfermedad neurológica, etc.).

F80 TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE

Es este un grupo de trastornos que cumplen los criterios generales de la categoría F80-F89, y en los cuales las habilidades relacionadas con la adquisición y el uso del lenguaje están alteradas tempranamente, de forma primaria (no causada por otro trastorno codificable), lo que se hace evidente en cualquier circunstancia.

Los pacientes con estos trastornos suelen presentar más tarde problemas con la lectura y la ortografía, y tienen un mayor riesgo que la población general de padecer de anormalidades en sus relaciones interpersonales y sociales, emociones y comportamiento.

En nuestro país, esos trastornos son habitualmente atendidos por el equipo de Logopedia y Foniatría. No obstante, son incluidos aquí por estar ligados, según lo expresado, a otras alteraciones emocionales y temperamentales, que justifican, frecuentes consultas al equipo de salud mental.

Es criterio de muchos psiquiatras en Cuba que ésta sería la categoría más apropiada para codificar el tartamudeo y el tartaleo ((farfulleo)) (F98.5 y F98.6). Pero no existe aun consenso suficiente para efectuar dicha modificación, que será reevaluada en las revisiones futuras.

F80.0 Trastorno específico de la pronunciación

Se trata de un trastorno que cumple las características generales de esta sección (F80-F89), y que consiste en una articulación deficiente del lenguaje, con conservación de sus restantes capacidades.

Estos criterios satisfacen los principios generales de los CDI (CIE-10), aunque en ese manual se exige la utilización de pruebas estandarizadas, para medir los déficits presentes, (la capacidad de articulación debe estar dos desviaciones estándar por debajo de la correspondiente a la edad del niño y una, por lo menos, por debajo de su C.I. no verbal). También se exige una capacidad expresiva y comprensiva del lenguaje normal (evaluada

mediante pruebas adecuadas), y se excluyen de esta categoría a los pacientes con trastornos neurológicos que afectan el habla o con retraso mental (C.I. menor de 70).

En el DSM-IV, se aclara que no se hará el diagnóstico de un trastorno específico de la pronunciación, si el defecto consiste solamente en cambiar la pronunciación de una letra por otra, o en excluir las consonantes finales.

Incluye : Trastorno(s) (de, del, de la)

- desarrollo de la articulación del lenguaje
- funcional de la articulación del lenguaje
- desarrollo fonológico

Lambdacismo

Dislalia

Excluye : Trastorno de la pronunciación debido a :

- Anomalías anatómicas del aparato fonatorio o trastornos neurológicos o auditivos, capaces de explicar los síntomas.
- Afasia, Apraxias.
- Retraso mental (capaz de explicar la presencia e intensidad del defecto de articulación).
- Déficits de pronunciación asociados a trastornos de la expresión y comprensión del lenguaje (F80.1-F80.2).

F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo

Existe un trastorno específico del desarrollo de la capacidad del niño para la expresión del lenguaje oral, la cual es significativamente inferior a la apropiada para su edad, (cronológica y C.I. no verbal, sin que existan alteraciones significativas de sus capacidades para la comprensión del lenguaje y uso de la comunicación extraverbal), acompañada o no de alteraciones de la pronunciación.

Pautas para el diagnóstico

- A) Presencia de una capacidad de expresión del lenguaje oral significativamente inferior a la correspondiente a la edad del niño, con una comprensión normal del mismo y sin alteraciones significativas en el lenguaje extraverbal.
- B) La presencia o magnitud del trastorno no puede ser atribuida a una anomalía anatómica, neurológica o sensorial, ni ser explicada como parte de un trastorno más amplio codificable en sí mismo.

En los CDI (CIE-10), se exige la demostración objetiva, mediante pruebas estandarizadas de dichos aspectos (capacidad de expresión del lenguaje dos o más desviaciones estándar por debajo de la correspondiente para la edad del niño, y al menos una por debajo de su C.I., así como un nivel de comprensión normal del lenguaje).

En dicho manual la existencia de un C.I. menor de 70, o de noxas del tipo de las referidas en el criterio b de estas pautas (de cualquier intensidad), constituye un motivo de exclusión.

En el DSM-IV se exigen requerimientos muy similares. De acuerdo con ese manual, el diagnóstico de un trastorno de la expresión del lenguaje es posible, aun cuando este coexista con otros más amplios (R.M., síndromes neurológicos, etc.), siempre y cuando estos últimos no puedan por si solos explicar la magnitud del trastorno expresivo que presenta el paciente

Incluye: Disfasia o afasia del desarrollo (de tipo expresivo).

Excluye: Disfasia o afasia del desarrollo de tipo receptivo (F80.2).

Trastornos generalizados del desarrollo (F84.X).

Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner) (F80.3).

Mutismo selectivo (F94.0).

Disfasia o afasia, no especificada (R47.0).

F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje

Se trata de un trastorno, cuya característica principal es un nivel de comprensión del lenguaje significativamente inferior al correspondiente a la edad del niño, que casi siempre se acompaña de un deterioro de la expresión del lenguaje y de la pronunciación. Estos trastornos se asocian frecuentemente a problemas emocionales, comportamentales y sociales.

La comunicación extraverbal es normal y no existen causas anatómicas, neurológicas ni sensoriales, que, por sí solas expliquen la presencia o intensidad de los síntomas. El síndrome no forma parte de un trastorno más amplio (como un R.M. o un autismo, por ejemplo), ni se debe a las influencias negativas de un entorno particularmente desfavorable.

Respecto a la **Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV**, caben aquí consideraciones similares a las que se hicieron en la subcategoría anterior (F80.1).

Incluye: Afasia o disfasia del desarrollo tipo receptivo.

Sordera a las palabras.

Falta de percepción auditiva congénita.

Afasia del desarrollo de Wernicke

Excluye: Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner, (F80.3).

Autismo (F84.0, F84.1).

Mutismo selectivo (F94.0).

Retraso del lenguaje secundario a sordera (H90-H91).

Disfasia o afasia, no especificada (R47.0).

Disfasia o afasia de tipo expresivo (F80.1).

F80.3 Afasia adquirida con epilepsia [Landau-Kleffner]

En este síndrome, los síntomas aparecen tras un lapso de unos tres a siete años de desarrollo normal, y consisten en la pérdida de las capacidades, tanto expresivas como receptivas del lenguaje.

La pérdida del lenguaje se instala muy rápidamente, en días o semanas, o algo más lentamente, pero siempre dentro de un período no mayor de 6 meses.

En cualquier momento, entre dos años antes y dos después de presentarse la pérdida del lenguaje, se presentan anomalías de tipo paroxístico en los lóbulos temporales, (por lo general, bilaterales), y frecuentemente, ataques epilépticos.

No existe una merma en la inteligencia o en la audición, que pueda explicar el cuadro clínico, ni éste forma parte de otro más amplio (trastorno generalizado del desarrollo -F84- por ejemplo), ni de una enfermedad neurológica codificable en otro capítulo de la CIE-10.

Esta descripción satisface los requerimientos para investigaciones de la CIE-10.

Este trastorno no está explícitamente recogido en el DSM-IV.

F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje

Incluye: Ceceo.

Balbuceo.

F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje, no especificado

Incluye: Trastorno del lenguaje SAI.

F81 TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES

Se trata de un grupo de trastornos de carácter primario (no se deben a otras malformaciones, lesiones o enfermedades somáticas o mentales codificables), que afectan de manera específica y temprana (desde sus primeras etapas) la adquisición de habilidades escolares.

El trastorno no puede ser tampoco atribuible a una escolarización deficiente o falta de motivación del educando, y su evaluación debe tener muy en cuenta los patrones normales y características de la adquisición de estas habilidades en el entorno socio-cultural del niño evaluado. En Cuba, se recomienda tener en cuenta los objetivos trazados por el Ministerio de Educación para los distintos grados de la enseñanza primaria.

F81.0 Trastorno específico de la lectura

Se registrarán aquí aquellos síndromes caracterizados por una dificultad significativa, temprana, primaria y específica, para adquirir las habilidades necesarias para una lectura normal.

Debe encontrarse una deficiencia objetiva y notoria (2 desviaciones estándar en pruebas adecuadamente escogidas, adaptadas y aplicadas) entre los resultados obtenidos en la lectura, y los esperables para un niño de su edad y nivel de inteligencia.

En la versión para las investigaciones de la CIE-10, se acepta también como equivalente a lo antes expresado, el antecedente de graves dificultades para la lectura, o de resultados en pruebas de lectura similares a los descritos en el párrafo anterior en edades más tempranas, si además se evidencia un déficit estadísticamente significativo en la evaluación de las habilidades ortográficas del niño.

Las dificultades en la lectura no podrán ser explicadas por una alteración sensorial, métodos de enseñanza inadecuados o condiciones anómalas de ésta, ni por la presencia de una noxa somática o mental más amplia.

La magnitud de las dificultades para reconocer palabras escritas, leer en voz alta y comprender lo leído, debe ser lo suficientemente intensa como para perturbar significativamente las actividades (académicas o de otra índole) que requieren de la lectura.

Este trastorno suele tener como antecedente un trastorno del habla y del lenguaje y asociarse con mucha frecuencia a trastornos emocionales y comportamentales, que complican su evolución y dificultan, a veces, hacer un diagnóstico preciso.

Las deficiencias en la ortografía acompañan habitualmente a estos trastornos, suelen ser más persistentes que las de la lectura, y llegan a ser el problema más llamativo cuando estas últimas han mejorado sensiblemente.

Estos criterios son, en general, compatibles con las pautas diagnósticas del DSM-IV y de los CDI (CIE-10).

Incluye: Retraso específico de la lectura.

"Lectura en espejo" o "hacia atrás".

Dislexia del desarrollo.

Excluye: Alexia y dislexia SAI (R48.0).

Dificultades adquiridas en la lectura, secundarias a trastornos de las emociones (F93.X).

Trastornos mixtos del aprendizaje escolar (F81.3).

F81.1 Trastorno específico del deletreo [ortografía]

Se trata de un trastorno caracterizado por una notable merma (para la edad y C.I. del niño) en las habilidades para deletrear y escribir correctamente las palabras, en ausencia de síntomas o antecedentes, que sugieran la presencia de un trastorno específico de la lectura, o de antecedentes de haberlo padecido.

Dichos fallos no pueden ser satisfactoriamente explicados con base en una baja edad mental, un trastorno visual o neurológico o en una enseñanza inadecuada.

La merma en las habilidades para el deletreo y la ortografía debe ser significativa, crear dificultades evidentes en la escolarización y otras tareas que requieran de ellas y haber estado presentes desde las primeras etapas del aprendizaje.

El rendimiento del paciente en las demás asignaturas no está por debajo de los límites normales, o al menos es significativamente superior al obtenido en ortografía.

Si el trastorno satisface los criterios de un trastorno de la expresión escrita (F81.80) se dará preferencia a esta última entidad.

En la versión de investigaciones de la CIE-10 se utilizan indicadores similares, pero se exige la demostración (a través de pruebas específicas estandarizadas) de que la diferencia entre las habilidades ortográficas, la edad y el C.I. sea estadísticamente significativa. Con iguales métodos, se debe verificar la normalidad en otras habilidades escolares (lectura, comprensión y cálculo). Un C.I. menor de 70 adecuadamente obtenido, también invalida el diagnóstico.

En dicho manual no se contempla dicho trastorno como categoría específica (ver Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV de F81.0).

Incluye: Retraso específico de la ortografía (sin trastorno de la lectura).

Excluye: Agrafía dificultades del deletreo debidas a una enseñanza inadecuada (Z55.8).

Trastorno adquirido de la ortografía (R48.8).

Dificultades del deletreo, asociadas con trastornos de la lectura (F81.0).

F81.2 Trastorno específico de las habilidades aritméticas

Se trata de un trastorno primario y específico para la apropiación de las habilidades aritméticas, especialmente las básicas (suma, resta, multiplicación y división), de aparición precoz y suficientemente intenso como para requerir ayuda especializada.

El rendimiento del niño en esta materia es significativamente inferior al esperable para un niño de su edad, grado de escolarización, CI, y nivel de desempeño en la adquisición del resto de las habilidades escolares.

Dado su carácter primario y específico, este diagnóstico no procede en presencia de una escolarización groseramente anormal, ni de cualquier alteración somática o mental más amplia, que pueda explicar los síntomas.

Si junto con los síntomas que definen este trastorno, se presentaran otros que satisfagan los criterios de cualquier otro trastorno específico del desarrollo de las habilidades escolares, el diagnóstico sería el de F81.3 Trastorno mixto de las habilidades escolares.

Respecto a los criterios de investigación de la CIE-10 caben similares consideraciones a las realizadas en las subcategorías anteriores.

En el DSM-IV, los indicadores son similares, pero no se exige una evaluación de la lectura y la ortografía por medio de pruebas estandarizadas, ni se hace explícito que no debe haber antecedentes de graves problemas ortográficos o de lectura, ni que el trastorno debe ser de aparición precoz. Tampoco se da como criterio de exclusión la detección de un C.I. inferior a 70.

En el DSM-IV, este diagnóstico es compatible con la presencia de déficits sensoriales si la intensidad de éstos no puede explicar los síntomas.

Incluye: Trastorno (del aprendizaje) aritmético del desarrollo.
Síndrome del desarrollo de Gerstmann.
Acalculia y discalculia del desarrollo.

Excluye: Acalculia SAI.
Trastornos mixtos de las habilidades escolares (F81.3).

F81.3 Trastorno mixto de las habilidades escolares

Se registrarán aquí aquellos pacientes que satisfagan los criterios de un trastorno específico de las habilidades aritméticas, junto con uno de la lectura o de la ortografía.

Estos criterios satisfacen los requerimientos de las CDI (CIE-10).

En el DSM-IV no existe esta categoría, y todos y cada uno de los trastornos específicos concurrentes deben ser diagnosticados de forma independiente.

F81.8 Otros trastornos del desarrollo de las habilidades escolares

Incluye: Trastorno del desarrollo de la expresión escrita.

F81.80 Trastorno específico de la expresión escrita

Introducción

Aun cuando la asimilación de esta subcategoría introduce dificultades metodológicas y conceptuales en el GC-3 (ver próximos párrafos), ha sido incluida en él, para satisfacer los deseos de un buen número de clínicos que lo consideraron pertinente.

Esta subcategoría no aparece en la CIE-10, pero sí en el DSM-IV. Este último, incluye en ella la subcategoría de la CIE-10 F81.1 Trastorno específico del deletreo (ortografía).

De hecho, en una proporción importante de los pacientes (que por el DSM-IV recibirían el diagnóstico de “Disorders of written expression”), se registrarían deficiencias en la lectura, el deletreo y la ortografía, que pueden llegar a satisfacer los criterios de inclusión en el trastorno específico de la lectura o de la ortografía (F81.0 y F81.1 de la CIE-10).

Como consecuencia de lo anteriormente expresado, y teniendo en cuenta que en el GC3 se registran, tanto los trastornos de la lectura como aquellos de la ortografía y la expresión escrita; cuando un paciente presentare síntomas que satisficieren las pautas de más de uno de ellos, sería codificado en F81.0, F81.1 o F81.80, según los criterios de quien formule el diagnóstico, perdiendo homogeneidad dichas subcategorías.

La presencia de estas cuatro subcategorías en el GC3 (F81.0, .1, .3 y .80), cosa que no sucede en la CIE-10 (no recoge la F81.80) ni en el DSM-IV (no incluye la F81.1 ni la F81.3), obliga a precisiones diagnósticas adicionales (ver Pautas para el diagnóstico de F81.1 y F81.80).

Pautas para el diagnóstico

- A) Se cumplen los criterios diagnósticos de F81.1 Trastorno específico del deletreo (ortografía) o de lectura F81.0.
- B) Presencia significativa de errores en la escritura y sintaxis (mala caligrafía y pobre organización de frases y párrafos).
- C) No se satisfacen los criterios de un trastorno específico de las habilidades aritméticas F81.2

Incluye: Disgrafía, trastorno de la expresión escrita.

Excluye: Trastorno específico de la ortografía (F81.1).

Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar (F81.3).

Dificultades de la escritura atribuibles

principalmente a una enseñanza inadecuada.(Z55)

F81.9 Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, no especificadas

Incluye: Dificultades de aprendizaje, no especificadas.
Alteración del aprendizaje, no especificada.
Trastorno del aprendizaje, no especificado.

F82 TRASTORNO ESPECÍFICO DEL DESARROLLO DE LA FUNCIÓN MOTRIZ

Se caracteriza por un menoscabo significativo en las funciones relacionadas con la coordinación motora, que no puede ser plenamente explicable por la presencia de un R.M., una alteración sensorial o motora u otro trastorno codificable en sí mismo.

El diagnóstico puede hacerse en presencia de cualesquiera de las alteraciones antes mencionadas, siempre que las mismas no justifiquen la presencia o intensidad del déficit de la motilidad.

En tal caso, la condición asociada debe recogerse como un segundo diagnóstico.

Pautas para el diagnóstico

- A) Presencia de un menoscabo significativo para la edad del paciente en las actividades que requieran coordinación motora, lo suficientemente importante como para interferir con algún área de funcionamiento del niño.

Puede afectar los movimientos finos, gruesos o ambos. De ser posible, el paciente debe ser evaluado mediante el uso de pruebas debidamente estandarizadas.

- B) La posibilidad de que el trastorno forme parte de otro mayor (R.M., lesión neurológica, déficit sensorial, etc.), puede ser razonablemente excluida.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

En la CIE-10 para investigaciones, se exige que el diagnóstico sea establecido con base en los hallazgos de pruebas estandarizadas de coordinación de movimientos, así como la ausencia de un trastorno neurológico o un C.I. inferior a 70. Los criterios del GC3 son compatibles con los del DSM-IV.

Incluye: Síndrome del niño torpe.
Dispraxia del desarrollo.
Trastorno del desarrollo de la coordinación.

Excluye: Incoordinación secundaria a retraso mental (F70-F79).
Incoordinación secundaria a trastorno neurológico de diagnóstico específico (G90-G99).

Alteraciones de la marcha y de la movilidad (R26.-).
Falta de coordinación (R27)

F83 TRASTORNOS ESPECÍFICOS MIXTOS DEL DESARROLLO

Se ubicarán aquí aquellos trastornos caracterizados por una mezcla de las manifestaciones propias de aquellos descritos anteriormente (del habla y del lenguaje, de las habilidades escolares y de la función motora) de forma tal que ninguno de ellos predomine claramente. Si se satisfacen los criterios diagnósticos de alguno de ellos, ése sería el diagnóstico.

La posibilidad de que las manifestaciones sean la consecuencia de un trastorno más amplio codificable en sí mismo debe ser excluida.

F84 TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

Los trastornos agrupados en esta categoría diagnóstica tienen en común las siguientes características generales:

- a) Un deterioro cualitativo de las relaciones sociales recíprocas
- b) El empleo de formas distorsionadas de comunicación
- c) Limitación en el número de sus actividades e intereses
- d) Patrones comportamentales rígidos, restrictivos, estereotipados e iterativos
- e) Las alteraciones antes mencionadas afectan significativamente el funcionamiento del niño en todas las situaciones

F84.0 Autismo infantil

Se trata de un trastorno caracterizado por manifestaciones que afectan de manera significativa el desarrollo de las funciones relacionadas con la interacción social recíproca, la comunicación y el comportamiento. Los síntomas se hacen presentes antes de los 3 años de edad y pueden incluir, además de los directamente relacionados con las antes mencionadas funciones, toda una amplia gama de problemas (fobias, trastornos del sueño, conducta agresiva y “perretas”).

Este trastorno es de 3 a 4 veces más frecuente en el sexo masculino y en el 75% de los casos se acompaña de un retraso mental, el cual debe ser codificado como un segundo diagnóstico.

Las alteraciones del lenguaje propias del espectro autista son muy variadas y están estrechamente vinculadas al grado de afectación cognoscitiva.

Pueden consistir en ecolalias (inmediata, simple o compleja), literalidad, irrelevancia o la repetición, con características obsesivas, de una cualidad o aspecto de un objeto o situación.

También pueden aparecer dificultades para discriminar entre la información nueva y la vieja, responder a preguntas de orden emocional o personal, e interpretar metáforas, bromas, ironías y descortesías, así como problemas (persistentes durante años) con el uso de los pronombres.

El lenguaje puede ser gramaticalmente correcto, pero con un formato simple, o llegar a alcanzar construcciones gramaticales complejas (aunque con alteraciones de índole prosódica). En ocasiones, la expresión oral es total o casi totalmente ideosincrásica, e incluso, puede faltar por completo.

Los trastornos disfásicos de los pacientes con autismo, pueden evolucionar favorablemente en el tiempo (de acuerdo con el grado de daño cognoscitivo), por lo que un niño originalmente carente de lenguaje puede llegar a utilizar un lenguaje gramaticalmente complejo, aunque con alteraciones prosódicas.

Diagnóstico diferencial

El autismo infantil debe, en primer lugar, diferenciarse del autismo atípico (F94.1), así como del resto de los trastornos generalizados del desarrollo.

La posibilidad de que las manifestaciones del niño sean causadas por otros trastornos debe ser minuciosamente investigada, sobre todo las formas atípicas de autismo, ya que cada vez crece más la lista de enfermedades, que pueden expresarse a través de un síndrome autístico secundario.

Debe ser objetivo de especial interés la posibilidad de que el trastorno sea la expresión de una disfasia epiléptica (F80.3), dadas las implicaciones pronósticas y terapéuticas que esto supone.

Pautas para el diagnóstico

A- Inicio antes de los 3 años de edad.

B- Identificación de síntomas que interfieran significativamente con el desarrollo de las funciones relacionadas con la interacción social recíproca y la comunicación, como:

1. Pobre o nulo desarrollo del lenguaje corporal (mímica, por ejemplo).
2. Uso de un lenguaje de pobre poder de comunicación, debido a la presencia de estereotipias, manierismos, neologismos, etc.
3. Merma de la capacidad para iniciar o mantener un diálogo.
4. Incapacidad para una adecuada comunicación extraverbal (mirada, gesticulaciones, movimientos corporales, etc.).
5. Incapacidad para interactuar con otros niños.
6. Falta de reciprocidad e inadecuación en su respuesta a las comunicaciones afectivas recibidas de otras personas.

7. Desinterés por compartir con otros su estado emocional y los objetos que le interesan.

C- Comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo, manifestado por :

1. Ausencia de juegos de simulación e imitación.
2. Intensa dedicación a actividades (generalmente de carácter estereotipado y sin un fin lógico), que resultan claramente anormales por su naturaleza, intensidad o carácter restrictivo.
3. Consumo de una gran cantidad de tiempo en la ejecución de actividades rutinarias, sin utilidad aparente, que recuerdan los rituales obsesivos.
4. Interés por alguna cualidad específica(textura, sabor, olor) de los objetos más que por sus aspectos esenciales. Pueden también ocurrir formas inusuales de reconocimiento y exploración de objetos.
5. Apego morbozo a un ordenamiento rígido, cuya ruptura puede ocasionar a explosiones afectivas.

D- El cuadro clínico no es mejor explicable como parte de otro trastorno codificable en sí mismo.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Los criterios antes expuestos coinciden, en lo esencial, con los CDI (CIE-10) y con los del DSM-IV, aunque en esos manuales se hace explícita la necesidad de identificar, al menos, 6 de los síntomas relacionados, los cuales están divididos en 3 grupos, que deben estar representados, al menos por un síntoma (2 en el primero).

Incluye: Autismo infantil.

Síndrome de Kanner.

Psicosis infantil.

Trastorno autístico.

Excluye : Psicopatía autística,

Esquizofrenia infantil: F20.80.

F84.1 Autismo atípico

Estos síndromes se diferencian del autismo infantil, porque hacen su aparición después de los 3 años, o porque no satisfacen los requerimientos sintomáticos de éste en una o dos de las tres áreas fundamentales que deben afectarse: 1) lenguaje receptivo expresivo, utilizado en la comunicación social, 2) desarrollo de lazos sociales selectivos o interacción social recíproca y 3) juego y manejo de símbolos en un contexto lúdico.

Con fines de investigación, esta entidad puede ser subdividida en F84.10 atipicidad en la edad de comienzo, F84.11 atipicidad sintomática y F84.12 atipicidad en la edad de comienzo y sintomática.

Incluye: Psicosis infantil atípica

Este trastorno no está individualizado en el DSM-IV.

En la versión para uso clínico (de la CIE-10), se señala la frecuente asociación entre el autismo y el retraso mental, especialmente en el autismo atípico F84.1. Respecto a este último, el manual oficial de la OMS expresa: “El autismo atípico se desarrolla más a menudo en personas con retraso mental profundo y en niños con un trastorno específico grave del lenguaje receptivo”, por lo que se recomienda un código adicional para identificar el R.M.

Ha sido criterio mayoritario entre los psiquiatras cubanos, que el hecho de incluir dentro de las categorías F84.0 y F84.1 a pacientes con otros trastornos codificables *per se* (esquizofrenia, retraso mental grave o profundo), resta especificidad y razón de ser a estas subcategorías, por lo que se sugiere que, cuando el síndrome autista sea plenamente explicado como parte de un trastorno más amplio, el diagnóstico será el de este último, y el comportamiento autista se puede codificar como un segundo diagnóstico si se desea registrarlo. Por ejemplo :

1. Retraso mental profundo (F.73)
2. Autismo atípico (asociado a R.M.P.) F84.1

No obstante, el trastorno autista puede ser codificado como primer diagnóstico, aunque concomite con un R.M. u otro trastorno más amplio, si la gravedad de éste último no alcanza a justificar plenamente el comportamiento autista; en estos casos, se procede a codificar ambos trastornos de forma inversa a la explicada en el ejemplo anterior.

F84.2 Síndrome de Rett. (ver también pág. 308)

Se trata de un síndrome, hasta ahora descrito sólo en pacientes femeninas, caracterizado por la presencia de un grupo de alteraciones específicas que aparecen después de, al menos, 5 meses de desarrollo psicomotor normal. Las manifestaciones comienzan, por lo general, entre los 7 meses y los 2 años de edad, y consisten en:

1. Disminución del crecimiento de la circunferencia cefálica, que aparece entre los 6 y 30 meses de edad.
2. Pérdida de las habilidades manuales adquiridas, que concomita o es seguida por movimientos estereotipados de las manos (como si se lavaran las manos).
3. Deterioro (expresivo-receptivo) del lenguaje y retraso mental grave.
4. Detención del desarrollo social y lúdico, con conservación (o recuperación ulterior) del interés social.
5. Alteraciones en la marcha y en los movimientos del tronco.

6. Suelen presentarse también episodios de hiperventilación, masticación inadecuada, babeo, protusión de la lengua, movimientos coreo-atetósicos, ataques epilépticos, alteraciones del tono muscular, etc.

Pautas para el diagnóstico

- A. Ausencia de antecedentes patológicos significativos en los períodos natal y perinatal.
- B. Desarrollo psicomotor normal hasta, al menos, los 5 meses de edad.
- C. Circunferencia cefálica normal en el nacimiento y hasta los 5 meses de nacido.
- D. Reducción del crecimiento del perímetro cefálico con respecto al esperable (entre los 5 meses y 4 años). Pérdida de las habilidades manuales y aparición de los movimientos estereotipados entre los 5 y los 30 meses de edad, acompañados de las alteraciones en la comunicación, las relaciones sociales y la marcha, descritas en la introducción a esta subcategoría.
- E. Retraso mental grave.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estos criterios son compatibles con los CDI (CIE-10) y los del DSM IV.

El síndrome de Rett es una enfermedad neurodegenerativa que evoluciona típicamente con retraso mental grave o profundo, y que persiste a lo largo de toda la vida, con pérdida de habilidades, que son permanentes y progresivas. Por otra parte, las dificultades en las interacciones sociales, parecidas a las observadas en el trastorno autista, que se presentan, sobre todo, en los años preescolares, tienden a ser transitorias, por lo que el síndrome de Rett se registrará como un segundo diagnóstico, y el primer diagnóstico se reservará para el síndrome psiquiátrico asociado. Por ejemplo:

1er diagnóstico: Retraso mental profundo (F73).

2do diagnóstico: Síndrome de Rett (F84.2).

F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia

Trastorno caracterizado por un rápido (pocos meses) deterioro de las capacidades adquiridas, que afecta varias esferas del desarrollo, y que aparece tras un período de desarrollo normal de, al menos, 2 años.

Las manifestaciones se parecen mucho a las del autismo, con desinterés por el entorno y trastornos de los movimientos, la interacción social y la comunicación, del tipo de los descritos en dicha entidad.

Pautas para el diagnóstico

- A) Presencia de un síndrome como el anteriormente descrito
- B) Ausencia de un retraso significativo del lenguaje

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

En la versión para investigaciones de la CIE-10, se exige un período de normalidad previa de, al menos, 2 años, así como las alteraciones (al menos 2 de ellas) en el lenguaje, el juego, rendimiento social o el comportamiento adaptativo, el control de esfínteres y el funcionamiento motor.

Según dicho manual es requisito, además, que las alteraciones del comportamiento social afecten, al menos dos de un total de 4 grupos de fallos específicos que en él se enumeran, y que las manifestaciones no sean mejor explicables con base en la presencia de otro trastorno codificable *ad hoc*.

El DSM-IV solo difiere de los CDI en que no se precisa un tiempo límite de normalidad previa, sino que el trastorno aparezca antes de los 10 años.

Incluye: Psicosis desintegrativa, Psicosis simbiótica, Síndrome de Heller

Excluye: Esquizofrenia infantil F20.80. Autismo en la niñez (F84.0), Autismo atípico (F84.1), Síndrome de Rett (F84.2), Síndrome de Landau Kleffner (F80.3) y Mutismo selectivo (F94.0).

F84.4 Trastorno hiperactivo asociado con retraso mental y movimientos estereotipados

Se incluirá aquí a aquellos niños con un cociente de inteligencia inferior a 50, y que, además, presenten hiperquinesia y estereotipias motoras.

Esta subcategoría se justifica con base en que dichos pacientes responden mal a los psicoestimulantes y tornan su hiperactividad en hipocinesia en la adolescencia. Su validez es dudosa.

Pautas para el diagnóstico

En los criterios diagnósticos para investigaciones (CDI) de la CIE-10, se exige identificar los tres componentes del síndrome; retraso mental grave (C.I. inferior a 50), hipercinesia y movimientos estereotipados. Para la aceptación de estos últimos, se requiere la identificación de síntomas específicos que se enumeran, 2 para la hipercinesia y 1 para los movimientos estereotipados. Además, no estarán presentes las alteraciones sociales de tipo autístico, ni satisfacerse los requerimientos diagnósticos del autismo atípico, el trastorno desintegrativo de la infancia o los trastornos hiperkinéticos.

Dado que la respuesta desfavorable a los psicoestimulantes es la única razón de peso para colocar a estos pacientes en una categoría independiente, la presencia de la misma es también incluida en el GC3 entre los indicadores diagnósticos.

F84.5 Síndrome de Asperger

Trastorno caracterizado por presentar algunas de las características del autismo (deterioro de la actividad social recíproca y los patrones restrictivos y estereotipados del comportamiento y los intereses), sin que estén presentes las demás características de dicha entidad, tales como retardo general, del desarrollo del lenguaje o intelectual.

Es mucho más frecuente en varones y su validez nosológica es discutible.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico estará basado en la demostración de las características antes descritas (ver criterios diagnósticos del autismo) y en la exclusión de otras posibles noxas.

Estos criterios coinciden, en su esencia, con los del DSM-IV y los de los CDI, aunque en esos manuales se trata esta cuestión de manera más específica y detallada.

Incluye: Psicopatía autística.
Trastorno esquizoide de la infancia,

Excluye: Trastorno esquizotípico (F21)
Esquizofrenia simple (F20.6).

F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo

Incluye: Trastornos múltiples del desarrollo.

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo, no especificado

F88 OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

Incluye: Agnosia del desarrollo.

F89 TRASTORNO DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO, NO ESPECIFICADO

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

F99 TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO

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 disocial
((Trastorno hipercinético de la conducta))

F90.8 - Otros trastornos hipercinéticos, especificados
((Otros trastornos hipercinéticos))

F90.9 - Trastorno hipercinético, no especificado

F91. - Trastornos disociales

((Trastorno de la conducta))

F91.0 - Trastorno disocial limitado al contexto familiar
((Trastorno de la conducta limitado al contexto familiar))

F91.1 - Trastorno disocial en niños no socializados
((Trastorno de la conducta insociable))

F91.2 - Trastorno disocial en niños socializados
((Trastorno de la conducta sociable))

F91.3 - Trastorno opositor desafiante

F91.8 - Otros trastornos disociales, especificados
((Otros trastornos de la conducta))

F91.9 - Trastorno disocial, no especificado
((Trastorno de la conducta, no especificado))

F92 Trastornos mixtos, disociales y de las emociones

((Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones))

F92.0 - Trastorno disocial y depresivo
((Trastorno depresivo de la conducta))

F92.8 - Otros trastornos mixtos, disociales y de las emociones, especificados
((Otros trastorno mixtos de la conducta y de las emociones))

F92.9 - Trastorno mixto, disocial y de las emociones, no especificado.
((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
((Otros trastornos emocionales en la niñez))

.80 Trastorno de ansiedad generalizada durante la infancia y la adolescencia

.81 Trastorno de inadaptación neurótica

F93.9 - Trastorno emocional en la niñez, no especificado

F94 - Trastorno del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia

F94.0 - Mutismo selectivo

F94.1 - Trastorno reactivo de la vinculación en la niñez

((Trastorno de vinculación reactiva en la niñez))

F94.2 - Trastorno de vinculación desinhibida en la niñez

F94.8 - Otros trastornos del comportamiento social en la niñez y la adolescencia, especificados

((Otros trastornos del comportamiento social en la niñez))

F94.9 - Trastorno del comportamiento social en la niñez y la adolescencia, no especificado

((Trastorno del comportamiento social en la niñez , no especificado))

F95 - Trastornos por tics

F95.0 - Trastorno por tic transitorio

F95.1 - Trastorno por tics motores o fonatorios crónicos

((Trastorno por tic motor o vocal crónico))

F95.2 - Trastornos por tics motores y fonatorios múltiples, Síndrome de Gilles de la Tourette

((Trastorno por tics motores y vocales múltiples combinados [de la Tourette]))

F95.8 - Otros trastornos por tics, especificados

((Otros trastornos por tics))

F95.9 - Trastorno por tics, no especificado

F98 - 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

F98.3 - Pica en la infancia y la niñez

F98.4 - Trastorno de movimientos estereotipados

((Trastorno de los movimientos estereotipados))

F98.5 - Tartamudez [espasmofemia]

F98.6 - Tartaleo

((Farfulleo))

F98.8 - Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia

F98.9 - Trastornos no especificados, emocionales y del comportamiento, que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia

F99 - Trastorno mental, no especificado

F90 TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS

Se registrará en esta categoría un grupo de trastornos que suelen aparecer en los primeros 5 años de la vida (como máximo 7), y se caracterizan por un déficit atencional, hiperactividad e impulsividad generalizadas y constantes, que interfieren, de manera significativa, con el desempeño escolar y la calidad de vida del paciente y sus familiares.

Como consecuencia, los niños con trastornos hiperactivos desarrollan una actividad excesiva, en todo momento y situación. Sus acciones son desorganizadas y quedan, por lo general inconclusas, por lo que provocan, de manera involuntaria, frecuentes accidentes y violaciones de normas.

Con frecuencia, parecen no escuchar lo que se les dice, cometen errores y descuidos, extravían objetos y rechazan cualquier actividad que requiera de concentración intelectual o paciencia.

Dicho trastorno afecta todas las esferas de la vida (lúdica, escolar, relaciones interpersonales, etc.) sin excepción.

Los pacientes tienden a ser desinhibidos en sus relaciones (incluso con los adultos y en las situaciones que requieren de tacto y prudencia), son frecuentemente rechazados e incomprendidos por sus compañeros y hasta por los maestros y familiares. Su autoestima es, por lo general, pobre y tienen un riesgo mayor que el resto de la población infantil a presentar menoscabo intelectual, trastornos específicos del aprendizaje y comportamientos asociales. Suelen representar una dura carga para sus familiares, quienes, como regla general, necesitan orientación y apoyo del equipo de salud mental.

Internacionalmente, se registra una prevalencia de este trastorno entre un 3 y un 5%. En Cuba, se han reportado cifras de un 3,9%.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico consiste en la identificación de los tres síntomas cardinales:

Déficit atencional (criterio G1 de los CDI (CIE-10))

Hiperactividad (criterio G2 de los CDI (CIE-10)), e

Impulsividad (criterio G3 de los CDI (CIE-10)).

Estos síntomas deben tener, además, las características señaladas en la introducción a esta categoría (ser generalizadas, aparecer en los primeros 7 años de vida, intensidad significativa, etc.), y no ser imputables a ningún otro trastorno codificable en este manual (trastornos del desarrollo, psicosis infantiles, manías y estados de ansiedad, por ejemplo).

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estos criterios son, en su esencia, compatibles con los del DSM-IV y los CDI (CIE-10). En esos manuales se especifican los síntomas que identifican la inatención, la hiperactividad y la impulsividad (estas dos últimas como un solo grupo en el DSM-IV), y se especifica el número de síntomas (de los relacionados) que deben estar presentes en cada grupo para hacer el diagnóstico.

En el DSM-IV, se acepta, como criterio de que el trastorno es de carácter generalizado, el hecho de que se manifieste en dos ambientes. También se exige, que alguno de los síntomas hayan aparecido antes de los 7 años.

En dicho manual, puede especificarse el tipo de síntoma dominante preponderante mediante el uso de un quinto dígito.

Excluye: Trastornos generalizados del desarrollo (F84.X).
Trastornos de ansiedad (F41 o F93.0).
Trastornos del estado de ánimo (F30-F39).
Esquizofrenia (F20.X).
Disfunción cerebral mínima

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención

Se incluirán aquí, aquellos pacientes en quienes se satisface el conjunto de pautas para trastorno hiperactivo (F90.X), pero no para el de (F91.X) (trastorno disocial).

Incluye: Trastorno de déficit de atención.
Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.
Disfunción cerebral mínima

Excluye: Trastorno hiperactivo asociado a trastorno disocial (F90.1).

F90.1 Trastorno hiperactivo disocial

Se trata de un trastorno en el que se satisfacen las pautas, tanto de un trastorno hiperactivo, como de uno disocial.

El clínico debe asegurarse de que las pautas de ambos trastornos estén plenamente satisfechas, y no se trate de un trastorno de la actividad y la atención, con alguna manifestación atenuada y aislada de conducta disocial o viceversa.

Se recomienda no hacer uso de dicha subcategoría. Cuando en un paciente se satisfagan los criterios diagnósticos tanto para F90 como para F91 se deben codificar ambos trastornos por separado, codificando en primer lugar aquel al cuál se confiera mayor importancia.

F90.8 Otros trastornos hiperactivos, especificados

F90.9 Trastorno hiperkinético, no especificado

Incluye: Reacción hiperkinética de la niñez o de la adolescencia *SAI*.
Síndrome hiperkinético *SAI*.

F91 TRASTORNOS DISOCIALES

Serán ubicados en esta categoría aquellos pacientes con a) patrones duraderos (más de 6 meses) de comportamiento marcadamente agresivo o desafiante. b) Un comportamiento anormal, que excede con creces al previsible para la edad del niño, e implica, con frecuencia, una violación de normas de conducta, sancionable desde los puntos de vista social, ético-moral y hasta legal.

Si dicho comportamiento fuese causado por otro trastorno mental más amplio, el diagnóstico será el de la enfermedad de base.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico requiere que sean identificadas manifestaciones agresivas o desafiantes, suficientemente frecuentes, numerosas e intensas durante un período de, al menos, 6 meses, y que no sean explicables con base en otro trastorno más amplio.

En los CDI (CIE-10), aparece un listado de 23 manifestaciones típicas de esta categoría (F91), especificándose en cada una de las subcategorías que la componen, cuantos y cuales de dichos síntomas deben estar presentes para validar el diagnóstico.

El trastorno disocial es una categoría diagnóstica específica en el DSM-IV, con criterios propios, no así en los CDI (CIE-10), donde es sólo una categoría general de agrupación de una serie de subcategorías, con criterios específicos para cada una de ellas.

En el manual de la APA, se exige la satisfacción durante el último año (y por lo menos uno en el último semestre), de los siguientes criterios: daños a personas o animales, daños a la propiedad, fraude o robo, violaciones graves de las normas sociales. En mayores de 18 años, se requiere, además, que no se satisfagan los criterios del trastorno disocial de la personalidad.

Excluye: Trastornos disociales asociados a:
Trastornos emocionales (F92.X).
Trastornos hiperkinéticos (F90.X).
Trastornos del estado de ánimo (F30-39).
Trastornos generalizados del desarrollo (F84.X).
Esquizofrenia (F20.X)(F20.8).

F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar

Se registrarán aquí aquellos pacientes que satisfacen los criterios generales de F91, pero cuyas manifestaciones se expresan únicamente en el contexto familiar.

Pautas para el diagnóstico

- A) Se satisfacen los criterios generales de F91.
- B) El trastorno se expresa sólo en el medio familiar.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

En el manual de la OMS se exige la presencia (exclusivamente en el seno familiar) de, al menos, tres síntomas, de los que expresan falta de credibilidad, agresividad peligrosa o claramente dañina para personas, animales o cosas, crueldad, desconocimiento flagrante de los derechos ajenos y desvinculación grosera de las normas ético-morales y disciplinarias, y que como mínimo uno de ellos haya durado 6 meses o más. Este trastorno, no tiene equivalente en el DSM-IV.

F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados

Se trata de trastornos que satisfacen los requerimientos generales de los Trastornos Disociales (F91), y se acompañan, además, de profundas dificultades en las relaciones interpersonales.

Pautas para el diagnóstico

- A) Se satisfacen los requisitos generales de F91.
- B) Las manifestaciones disociales han aparecido, por lo menos, en un contexto no familiar (escuela, barrio, etc.).
- C) Marcada dificultad en las relaciones interpersonales, como por ejemplo, ausencia de amistades duraderas, rechazo o aislamiento, por parte de sus compañeros.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

En el manual de la OMS, se exigen los mismos requisitos que para F91.0, excepto la confinación de la actividad disocial al ámbito familiar, y además, una alteración significativa en las relaciones interpersonales.

Esta subcategoría (F91.1) no está contemplada en el DSM-IV.

Incluye: Trastorno agresivo en niños no socializados.

F91.2 Trastorno disocial en niños socializados

Se diferencia del trastorno anteriormente descrito sólo por el hecho de que los pacientes incluidos en este grupo son capaces de mantener relaciones amistosas normales con otros niños de edades similares a las de ellos o ellas.

Es frecuente, pero no invariable, ni imprescindible para el diagnóstico, que sus amistades provengan de un grupo (al cual el paciente pertenece), con patrones ético-morales y comportamentales, no socialmente aceptados, pero respetados por sus miembros.

Pautas para el diagnóstico

- A) Se satisfacen los criterios generales de F91.
- B) Las manifestaciones disociales no ocurren exclusivamente en el ámbito familiar.
- C) El paciente es capaz de mantener relaciones afectivas e interpersonales con niños de su edad aproximada.

En los CDI, el diagnóstico se basa en idénticos principios, pero de forma más detallada. El DSM-IV no recoge este diagnóstico.

Incluye: Trastorno disocial "en pandilla".

Excluye: Actividades en bandas no debidas a trastornos psiquiátricos manifiestos (Z 03.2).

Nota: 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

Se trata de un trastorno que ocurre generalmente en niños pequeños y sus manifestaciones *sui generis* se expresan mediante un comportamiento exageradamente desobediente y desafiante.

Son frecuentes las rabietas, las discusiones, desobediencias y desafíos exagerados e inadecuados a los adultos, los comportamientos obstruccionistas (resistencia pasiva), la comunicación hostil, las conductas vengativas o dirigidas a enfadar a otros, la irritabilidad, el rencor y la falta de autocrítica, pero no están presentes las acciones delictivas y la conducta seriamente agresiva o cruel con las personas (o sus pertenencias) y los animales.

Pautas para el diagnóstico

- A) Se satisfacen los criterios generales de F91.
- B) Presencia de los síntomas descritos en la introducción a esta subcategoría, en cantidad e intensidad suficientes para satisfacer el criterio A.

Ausencia de los comportamientos violentamente agresivos, crueles o desconsiderados, así como de las actividades claramente delictivas o violadoras de las normas morales y legales

socialmente aceptadas, típicas de los trastornos disociales anteriormente descritos (ver Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV de F90.0).

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estas pautas son, en esencia, compatibles con las de los manuales de la APA y la OMS (CDI). En estos últimos, se exige un número de, al menos, 4 síntomas y en los CDI se admite que hasta 2 de ellos sean de los aludidos en el inciso C (párrafo anterior) de las pautas para el diagnóstico del GC3, para esta subcategoría (F91.3).

F91.8 Otros trastornos disociales, especificados

F91.9 Trastorno disocial, no especificado

Incluye: Trastorno disocial no especificado.

Trastorno del comportamiento en la niñez, no especificado.

F92 TRASTORNOS MIXTOS, DISOCIALES Y DE LA EMOCIONES

En este rubro diagnóstico, se registrarán aquellos pacientes en quienes se satisfagan, tanto los criterios de alguna de las subcategorías de F91 “Trastornos disociales”, como los de un trastorno emocional o afectivo, como los trastornos emocionales de la niñez (F93), las neurosis (F40-F48) o los trastornos del estado de ánimo (F30-F39).

F92.0 Trastorno disocial y depresivo

Esta subcategoría está destinada al registro de aquellos pacientes en los que se presentan síntomas que satisfacen tanto los criterios del trastorno disocial (F91) como los de un episodio depresivo (F32).

F92.8 Otros trastornos mixtos, disociales y de las emociones, especificados

Categoría dedicada a registrar aquellos síndromes que cumplen los requerimientos diagnósticos de un trastorno disocial (F91.X) y de un trastorno emocional (no depresivo), de los catalogables en F40-F48 o en F93.

Excluye: Trastorno mixto disocial y depresivo (F92.0).

F92.9 Trastorno mixto, disocial y de las emociones, no especificado

F93 TRASTORNOS EMOCIONALES DE COMIENZO ESPECÍFICO EN LA NIÑEZ

Se codificará en esta categoría diagnóstica una serie de trastornos, concebidos más como tendencias anormales del desarrollo, que como alteraciones esencialmente cualitativas.

En general, se trata de síndromes menos enraizados y estructurados que los trastornos emocionales del adulto y muy ligados a la etapa de desarrollo en que ocurren.

Hasta que punto estas alteraciones pudieran ser los pródromos de los trastornos “neuróticos” de la adultez, o entidades no relacionadas directamente con ellos, es algo discutible. No obstante, por las características expresadas en el párrafo anterior, y porque así se ha hecho tradicionalmente (sin que haya razones objetivas en contra de seguir haciéndolo), parece ser lo más adecuado que se conserve esta categoría.

En sucesivos estudios, debe clarificarse si es posible encontrar descripciones que puedan ser usadas 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

Trastorno caracterizado por un temor exagerado a verse separado de la(s) persona(s) que para él o ella tienen una gran significación afectiva.

Este temor es francamente exagerado, constituye un fenómeno cualitativamente distinto a la ansiedad o temor que normalmente suelen presentar los niños de su edad ante las situaciones de separación y se expresa mediante una amplia gama de manifestaciones psicológicas.

El trastorno hace su aparición en edades tempranas de la vida (generalmente desde el período pre-escolar), aunque puede persistir hasta etapas posteriores del desarrollo, e incluso en la adultez. Es anormal tanto por la intensidad, como por la duración de sus manifestaciones, y porque afecta negativamente el funcionamiento social del paciente.

El trastorno puede aparecer después de un hecho biográfico adverso, o no encontrarse relación alguna entre su aparición y la ocurrencia de eventos vitales significativos.

La forma en que el paciente percibe y expresa el temor a la separación varía de acuerdo con la edad y el contexto socio-cultural en que se desenvuelve.

Los psiquiatras cubanos han observado que, frecuentemente, las madres de esos niños experimentan también niveles exagerados de ansiedad al separarse de ellos.

Pautas para el diagnóstico

- A. Profundo malestar ante las perspectivas (reales o imaginarias), o el hecho de separarse de las personas con quienes el paciente tiene vínculos afectivos, manifestado por :
 1. Preocupación injustificada de perder la compañía de personas que tienen con él vínculos afectivos (PVA).
 2. Temor exagerado y repetido a que ocurra un alejamiento por cualquier causa (muerte, accidente, secuestro, enfermedad, abandono, etc.).
 3. Rechazo a quedarse solo (sin PVA) en el hogar u otro lugar.

4. Trastornos del dormir y el soñar.
 - Insistir irracionalmente en compartir el lecho o la habitación con alguna persona cercana a él o ella.
 - Rechazo a dormir sin la cercanía de una PVA.
 - Despertar varias veces en la noche, e ir a comprobar que no está solo.
 - “Visiones” nocturnas (ladrones, monstruos, secuestradores, etc.), que implican una amenaza de separación.
 - Pesadillas que reflejan su temor a la separación.
5. Síntomas somáticos (cefaleas, diarreas, gastralgias, vómitos, etc.) ante la idea, expectación o producción real de una separación.
6. Otros síntomas y comportamientos anormales que derivan del sufrimiento por la separación (o posibilidad de que ocurra) o tratar de evitar su ocurrencia, como :
 - ansiedad
 - “ataques de nervios”, “perretas” (rabietas), comportamientos teatrales, etc.
 - síntomas depresivos (llanto, tristeza, desesperanza, etc.).
 - Irritabilidad y agresividad hacia las personas que juzga responsables del peligro u ocurrencia de la separación.
 - Restricción del repertorio de actividades independientes que impliquen o faciliten una separación de las PVA.
- B. Los síntomas antes descritos serán lo suficientemente numerosos e intensos para interferir significativamente con el desempeño escolar, social, laboral o con alguna otra esfera importante del individuo o causar un importante malestar al paciente.
- C. El trastorno habrá comenzado antes de los 6 años de edad y durado por lo menos 4 semanas.
- D. Las manifestaciones morbosas no pueden ser mejor explicadas con base en la presencia de un trastorno más amplio, (codificable en sí mismo), ni se limitan a alguna circunstancia específica de separación (la escuela, por ejemplo)

Estos criterios son compatibles con los del DSM-IV y los CDI (CIE-10).

En esos manuales, se exige la identificación de, al menos, tres manifestaciones clínicas de una lista, que se corresponde, en lo esencial, con los síntomas anteriormente referidos en el GC3.

En el glosario norteamericano, el límite de edad para la aparición del trastorno es más amplio (antes de los 18 años).

Excluye: Trastorno de ansiedad fóbica durante la niñez (F93.1).
 Trastorno de hipersensibilidad social durante la niñez (F93.2).
 Trastornos del estado de ánimo (F30-F39)
 Trastornos neuróticos (F40-F48).

F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica en la niñez

Esta categoría diagnóstica está reservada para registrar la exageración, a niveles morbosos, de los temores, que en menor escala suelen aparecer en las distintas etapas del desarrollo como un fenómeno normal. Aquellos miedos que no están vinculados al desarrollo psicosocial (la agorafobia, por ejemplo), no se codificará aquí, sino en F40-F48.

Los niños no siempre son conscientes de la irracionalidad de sus miedos. La fobia escolar que no es expresión de un trastorno de ansiedad por separación debe codificarse aquí, pero si aparece por primera vez en la adolescencia y no hay antecedentes de un grado anormal de ansiedad desde la etapa de preescolar no se codifica aquí sino en el F40.

Las fobias a la escuela, que comienzan después de situaciones de estrés psicosocial, que regresan rápidamente y cumplen los requisitos del F43.2, deben diagnosticarse en dicha categoría.

Pautas para el diagnóstico

- A) Existencia de un intenso temor con características fóbicas hacia un objeto o situación específica, de aparición en una etapa del desarrollo en que sería considerado normal de no ser por su excesiva intensidad.
- B) El trastorno causa marcado malestar o incapacidad social y ha durado, al menos, 4 semanas.
- C) La posibilidad de que las manifestaciones sean causadas por un trastorno más amplio (como una ansiedad de separación) puede ser razonablemente excluida.

Estos criterios satisfacen, en lo esencial, los requerimientos para investigaciones de la CIE-10.

Excluye: Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1). Ansiedad generalizada durante la infancia (F93.80) y fobias específicas (F40.2).

Descripciones de algunos tipos de fobias durante la infancia

Las fobias tempranas en la infancia comienzan, generalmente cuando el niño es un párvulo.

La diferencia entre los miedos habituales de la infancia y el comienzo de una fobia es difícil de precisar. Debe estar presente el deterioro de las actividades del individuo (ir a la calle, la escuela, el hospital, etc.).

El párvulo suele sentir miedo a los animales pequeños (cucarachas, ranas, lagartijas, etc.) domésticos: (perros, gatos, caballos o pollos) y al lobo. A personas disfrazadas, con vendajes o defectos físicos, payasos, etc. los temores a la lluvia, los truenos, las inundaciones y los derrumbes son frecuentes al final de esa etapa e inicio de la preescolar. Los desastres naturales predisponen a su aparición.

La fobia a sonidos fuertes (equipos, de fumigar, motocicletas, transporte público, etc., se presentan también.

Así mismo en las etapas preescolar y escolar aparece la fobia a la escuela, y (en los primeros), también la fobia a las inyecciones, y al "médico que saca la sangre".

En la etapa escolar pueden continuar cualesquiera de las fobias propias de etapas más tempranas.

La fobia a la muerte (puede ser el detonante la muerte de un compañero o familiar significativo), el temor a la suciedad, a las enfermedades, los elevadores, y lugares elevados hacen presa en el escolar, así como el miedo a la agresividad, lo que lleva al sufrimiento por no poder defenderse.

En resumen, las fobias pueden ser de tipo: animal, ambiental (tormentas, precipicios), inyecciones, sangre-daño (con respuestas vagas intensas e incidencias familiares marcadas), situacional (ascensores, puentes, aviones y otros). Si se presentan más de una, deben codificarse todas.

F93.2 Trastorno de ansiedad social en la niñez (timidez)

Se registrarán aquí aquellos pacientes en quienes la ansiedad que normalmente se presenta al tener que enfrentar situaciones nuevas o embarazosas, o relacionarse con personas extrañas, toma niveles desproporcionados, creando profundo malestar, conductas de evitación y disfuncionamiento social.

De lo anterior se desprende que es requisito indispensable que el trastorno se origine durante las etapas del desarrollo en que resulta normal cierto grado de ansiedad ante las situaciones ya referidas.

Es frecuente que la familia hable de timidez y pueden llegar a ser niños que siempre están aislados, pese a su deseo, a veces evidente, de acercarse a los demás, sean niños o adultos. No juegan en los recesos en el patio de la escuela, no se apartan de la madre en las fiestas, no participan en actividades de grupo. les da "pena" llevar jabs y hacer mandados. Esa actitud contrasta, a veces, con su comportamiento, dentro de un contexto de protección, donde pueden mostrarse autoritarios, dominantes, e incluso agresivos, sobre todo con los hermanos. En grado máximo, puede haber mutismo extrafamiliar. El niño puede progresar y conservar la actividad escrita en la escuela (dictado, cálculo, etc.). Pueden ser personas pocos móviles, poco activas, de hablar bajo y pobre mímica, es frecuente una pobre autodefensa, sobre todo con pariguales, que puede contrastar en ocasiones, con importante agresividad, sobre todo cuando resultan víctimas de burlas y molestias por parte del grupo.

La presencia de ansiedad es casi invariable ante situaciones sociales o actuaciones en público y pueden llegar a la angustia. La crítica sobre lo irracional de sus temores puede y suele estar disminuida.

Para evitar las situaciones temidas, pueden quedarse en casa y privarse de actividad y placer.

La evitación de actuaciones sociales suele ser generalizada y temerse tanto a situaciones interactivas como a actuar en público. Sólo se usará esa categoría cuando los trastornos se presenten antes de los 6 años de edad, sean de intensidad poco frecuente, provoquen dificultades sociales y no sean parte de un trastorno más amplio.

Pautas para el diagnóstico

- A) Conducta de evitación y marcada ansiedad (si se ve obligado a enfrentarlas), ante situaciones sociales desusadas o embarazosas y el contacto social con personas extrañas (no exclusivamente adultos), que aparece antes de los seis años de edad, ha durado al menos 6 meses y es causa de intenso malestar y disfunción social.
- B) Preocupaciones exageradas con respecto a su comportamiento en las situaciones descritas, con constante autoevaluación de sus actitudes sociales. Sentimientos de humillación, vergüenza e inadecuación, cuando el paciente se encuentra en tales circunstancias.
- C) Relaciones sociales normales con personas afectivamente cercanas.
- D) Los síntomas no pueden ser mejor explicados con base en la presencia de un trastorno más amplio (Trastorno de ansiedad generalizada o del desarrollo, psicosis, etc.).

Estas pautas se sustentan en los mismos principios que los CDI (CIE-10).

En el DSM-IV este trastorno es incluido dentro de las fobias sociales (ver Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV de F40.1 "Fobias Sociales").

Incluye: Trastorno por evitación de la infancia o la adolescencia.

F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos

Se registrarán aquí aquellas alteraciones emocionales de carácter morboso que ocurren tras el nacimiento de un hermano o la ocurrencia de situaciones que desplacen o acentúen las manifestaciones de cariño y estima o atenciones hacia un hermano carnal o de crianza.

Los celos pueden aparecer de inmediato o tras un período de latencia variable.

La situación celotípica no se da solamente en relación con el nacimiento, ni es exclusiva del (los) hermano(s) mayor(es). Cualquier eventualidad en que la atención, o las expresiones de afecto se desvíen o acentúen hacia uno de ellos (enfermedad crónica por ej.) puede provocar esa situación morbosa en su(s) hermano (s) independientemente del orden en que nacieron.

Puede aparecer en niños con otro o ningún grado de consanguinidad siempre que se hayan criado como hermanos.

Pautas para el diagnóstico

- 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, perretas, 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 racionalmente 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.

Incluye: Celos morbosos entre hermanos.

Excluye: Rivalidades con compañeros (no hermanos) (F93.8).

F93.8 Otros trastornos emocionales en la niñez, especificados

Incluye: Trastorno de identidad.

Trastornos por ansiedad generalizada (F93.80)

Rivalidad entre compañeros (no hermanos)

Inadaptación neurótica (F93.81)

Excluye: Trastorno de la identidad sexual durante la infancia (F64.2)

Hubo consenso en cuanto a resaltar el rubro “trastorno de Ansiedad Generalizada Durante la Infancia y la Adolescencia” F93.80, de amplio uso en Cuba con los mismos criterios de los CDI (para F93.8), quedando F93.8 para los trastornos emotivos precoces especificados, que no llenen los requisitos de ninguna subcategoría de F93 descrita en este manual.

Igualmente se mantiene el trastorno de Inadaptación Neurótica (313.0 del GC2) en el rubro F93.81 como aporte a la CIE-10

F93.80 Trastorno de ansiedad generalizada durante la infancia y la adolescencia (igual a F93.8 CDI)

Pautas para el diagnóstico

Los requerimientos diagnósticos de los CDI de la CIE-10 son los siguientes:

- A) Ansiedad marcada y preocupaciones (expectación aprensiva, que ocurre, al menos la mitad de los días durante un período no inferior a 6 meses).
La ansiedad y las preocupaciones deben estar referidas al menos a varios acontecimientos o actividades (tales como el rendimiento escolar, juego, trabajo).
 - B) El niño encuentra muy difícil controlar las preocupaciones.
 - C) La ansiedad y las preocupaciones están acompañadas por un mínimo de tres de los siguientes síntomas (incluidos al menos, dos síntomas que están presentes durante la mitad o más del número total de días).
 - 1- Inquietud y sentimientos de estar "en el 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.(dificultad para conciliar el sueño o para dormir tranquila y satisfactoriamente, causada por la preocupación o ansiedad).
 - D) La ansiedad y las preocupaciones se hallan, al menos, en dos situaciones, actividades, contextos o circunstancias.
- La ansiedad es generalizada y no se presenta en forma de episodios paroxísticos como en el caso de 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, esta última debe ser considerada de forma preferente.
- E) El inicio en la infancia o adolescencia (antes de los 18 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 (sustancia psicoactiva, medicación), de una enfermedad médica general (hipertiroidismo), y no

ocurre exclusiva-mente asociado a Trastornos del Estado de Ánimo, psicóticos o del desarrollo psicológico.

En el DSM-IV no aparece dicha descripción: fue subsumida en el trastorno de ansiedad generalizada (F41.1).

F93.81 Inadaptacion neurótica (313.0 y 313.1 del GC 2)

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. Con frecuencia, es temeroso, inhibido, excesivamente dependiente para su edad y con trastornos del sueño. Los síntomas se exacerban o atenúan en relación con situaciones ambientales y pueden evolucionar hacia una de las formas de los trastornos neuróticos propios de la adultez, mantenerse estáticos o desaparecer. Dicho trastorno es de menor intensidad y menos diferenciado que los trastornos neuróticos, y aparece, preferentemente, antes de los 6 ó 7 años de edad. Son más estables y menos dependiente de factores desencadenantes que los trastornos de adaptación.

Es posible que esos trastornos que aparecen habitualmente en la niñez se presenten 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

- 1- Presencia de síntomas de nivel neurótico desde etapas tempranas de la vida (generalmente antes de los 7 años)
- 2- Dichos síntomas:
 - a) Carecen de la estructuración y especificidad requerida para satisfacer los criterios diagnósticos de alguno de los “Trastornos Neuróticos” (Categoría F40, F41, F42, F44 o F48).
 - b) Han estado presentes, la mayor parte del tiempo durante al menos 1 año.
 - c) Son causa de sufrimiento evidente o interfieren con el funcionamiento del niño de manera significativa en algún área importante.
 - d) No son atribuibles al efecto de estresores actuales (Categoría F43), ni a ningún otro trastorno codificable en este manual

Incluye: Estado preneurótico, rasgos neuróticos de la personalidad en la niñez y la adolescencia.

Excluye: F40 a F49, Ansiedad de separación (F39.0).

Trastorno Fóbico (F93.1), conducta de evitación (F93.2), celos entre hermanos (F93.3).Trastorno de ansiedad generalizada durante la infancia (F93.80)

Diagnóstico diferencial

Deben ser excluidas las restantes subcategorías contenidas en F93 (F93.0 a F93.3). Si el trastorno satisface las pautas diagnósticas de alguna de ellas, ese sería el diagnóstico y no el de inadaptación neurótica.

De igual forma se procederá respecto a los trastornos neuróticos (F40-F42), los cuales son cuadros mejor estructurados, con constelaciones sintomáticas específicas para cada tipo de ellos y con las reacciones a estrés grave y los trastornos de adaptación (F43). La presencia de una situación psicotraumatizante, suficientemente intensa o prolongada, la ausencia de antecedentes patológicos personales y la recuperación tras la eliminación del estresor facilitarán el diagnóstico.

F93.9 Trastorno emocional en la niñez, no especificado

F94 TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO SOCIAL DE COMIENZO ESPECÍFICO EN LA NIÑEZ Y EN LA ADOLESCENCIA

Esta categoría diagnóstica reúne un grupo de anomalías del comportamiento social, que comienzan durante el período de desarrollo. Son más puntuales en su expresión, que los trastornos generalizados del desarrollo (que afectan todas las áreas), y a diferencia de estos últimos, se les concede más importancia en su génesis a los factores psicoambientales, que a los constitucionales.

F94.0 Mutismo selectivo

Los niños con este trastorno, se caracterizan por la imposibilidad de expresarse verbalmente en determinadas circunstancias (escuela, presencia de extraños, etc.), mientras que lo hacen normalmente en otras (medio familiar o entre amigos íntimos). Esta característica, y el hecho de que se asocie, por lo común con rasgos de personalidad indicativos de timidez, ansiedad social, hipersensibilidad, etc., hacen que sea considerado de causa emocional.

Pautas para el diagnóstico

- A) Evidencia objetiva de que el niño es capaz de hablar en situaciones en que se siente relajado (hogar, amigos cercanos, etc.), pero no en otros en que ocurre lo contrario (escuela, hablar en público, etc.).
- B) Se produjo durante el período de desarrollo y ha durado, al menos, 4 semanas.
- C) El trastorno es lo suficientemente intenso y recurrente como para afectar el desempeño socio-escolar del niño.
- D) Los síntomas no se deben a desconocimiento del idioma, ni a trastornos del habla (tartamudez o tartaleo), ni forman parte de un trastorno más amplio (trastornos generalizados del desarrollo psicológico o una psicosis).

Estos criterios son, en esencia, compatibles con los del DSM-IV y los CDI (CIE-10). En el manual de la APA, se exige que el período sintomático inicial de 4 semanas no coincida con el primer mes de escolarización.

En los CDI de la OMS, se exige que la evaluación de la capacidad lingüística del niño (que debe ser normal) se realice mediante pruebas estandarizadas.

Incluye: Mutismo selectivo.

Excluye: Mutismo transitorio, que forma parte de una ansiedad de separación en la primera infancia (F93.0).

Trastornos específicos del desarrollo (F80.X).

Trastornos generalizados del desarrollo (F84.X).

Esquizofrenia (F20.X).

F94.1 Trastorno reactivo de la vinculación en la niñez

Se trata de un trastorno de aparición precoz (primeros cinco años de vida), asociado a marcada inadecuación en las atenciones parentales recibidas por el niño o a mal trato o abusos evidentes, y que se caracteriza por patrones inadecuados y persistentes en sus relaciones sociales, perturbaciones emocionales y reversibilidad potencial, si las condiciones socio ambientales se modifican positivamente (de manera significativa y por un lapso suficiente). Aunque los pacientes con este trastorno tienen una capacidad normal para la interacción social y la empatía, sus relaciones con otros niños suelen empobrecerse como consecuencia de sus respuestas afectivas inadecuadas. Pueden presentar reacciones emocionales inapropiadas (ambivalentes, paradójicas, etc.), ser auto y hetero agresivos y manifestar miedo o actitudes de expectación temerosa, tristeza, y en ocasiones, retardo del crecimiento.

Dichos niños no presentan las desviaciones del desarrollo del lenguaje, ni los patrones conductuales e intereses (rígidos y restringidos) propios de los pacientes con autismo.

Pautas para el diagnóstico

- A) Aparición antes de los cinco años de edad.
- B) Actitudes sociales inadecuadas, paradójicas o ambivalentes en diversas situaciones.
- C) Presencia de manifestaciones de desajuste emocional como las arriba descritas.
- D) Conservación de la capacidad empática y de la reciprocidad social.
- E) La posibilidad de que los síntomas sean parte de un trastorno más amplio puede ser racionalmente excluida.

Estos criterios se corresponden, en esencia, con los CDI (CIE-10).

En el DSM-IV los trastornos de vinculación reactivos están contenidos en una sola subcategoría y divididos, (sin codificación específica para cada uno de ellos) en dos grupos: "Tipo inhibido" (que se corresponde con esta subcategoría de la CIE-10 (F94.1), cuyo rasgo

esencial es un fallo antes de los 5 años para iniciar o responder adecuadamente a las interacciones sociales (criterios A y B) y las de tipo desinhibido, equivalente a la subcategoría F94.2. "Trastorno de vinculación en la infancia desinhibido", aunque más difusamente definida ya que como requerimiento específico de este subtipo sólo se exige una sociabilidad indiscriminada con vínculos selectivos inapropiados (exceso de familiaridad con extraños y falta de selectividad en sus vínculos).

Excluye: Variación normal de los modos de vinculación selectiva.

Trastorno de la vinculación de la infancia desinhibido (F94.2).

Síndrome de Asperger (F84.5).

Abuso sexual o físico en la niñez, que produce alteraciones psicosociales (Z61.4-Z61.6).

Síndrome de malos tratos en la niñez (T74).

F94.2 Trastorno de vinculación desinhibida en la niñez

Se trata de una constelación sintomática consistente en :

- a) Conducta “pegajosa” (sobre todo durante la primera infancia).
- b) Incapacidad para establecer vínculos sociales selectivos, que lleva al establecimiento de vinculaciones afectivas indiscriminadas.
- c) Modulación insuficiente de sus relaciones sociales con personas poco conocidas o desconocidas
- d) Presencia (no necesariamente constante) de alteraciones emocionales y del comportamiento.

La conducta “pegajosa” es característica de los pacientes durante la primera infancia, pero en etapas posteriores, lo que predomina es un comportamiento dirigido a la búsqueda de cariño y el propósito de llamar la atención.

El trastorno debe aparecer durante los primeros cinco años de vida y puede asociarse (aunque esto no es condición necesaria ni suficiente) a patrones de crianza que dificultan el establecimiento de una vinculación afectiva normal, como en los orfanatos y otras instituciones. No obstante, una vez consolidado el trastorno, tiende a persistir aunque las circunstancias que presuntamente lo originaron se modifiquen favorablemente.

Pautas para el diagnóstico

- A) Inicio durante los primeros cinco años de vida.
- B) Incapacidad para lograr una vinculación afectiva selectiva, con el establecimiento de vinculaciones indiscriminadas.
- C) Exceso de familiaridad en sus relaciones con personas poco conocidas.
- D) Presencia de comportamientos como los descritos en la introducción (pegajosidad y búsqueda de atención y cariño indiscriminadas), que se ponen de manifiesto en una amplia gama de situaciones.

- E) Las manifestaciones no son mejor explicables con base en la presencia de un trastorno más amplio.

Estos requerimientos satisfacen, en lo esencial, las exigencias de los CDI (CIE-10).

Incluye: Síndrome institucional (institucionalismo)
Psicopatía por falta de afectos.

Excluye: Trastorno hiperactivo (F90.X).
Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia (F94.1).
Trastornos generalizados del desarrollo (F84).
Hospitalismo en niños (F43.2).

F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la niñez y la adolescencia, especificado

F94.9 Trastorno del comportamiento social en la niñez y la adolescencia, no especificado

F95 TRASTORNOS POR TICS

Se agrupará aquí un grupo de síndromes, cuya característica esencial y distintiva es la presencia de tics.

Los tics son vocalizaciones, movimientos bruscos (o ambos), rápidos, recurrentes, arrítmicos, estereotipados, y a veces, manierísticos, que ocurren de manera involuntaria (o sea, sin que el individuo se percate de su ocurrencia), aunque pueden ser reprimidos brevemente a voluntad.

Tienden a exacerbarse en situaciones estresantes y a disminuir o incluso desaparecer durante el sueño o la realización de actividades en que el sujeto se concentra intensamente. Suelen dividirse en motores y fonatorios y ambos en simples y compuestos, aunque los límites de esta última subdivisión no están claramente definidos.

Los tics son popularmente conocidos en Cuba como manías, muecas o “mal de San Vito”.

Diagnóstico diferencial

Múltiples padecimientos somáticos y mentales se acompañan de movimientos involuntarios que deben ser diferenciados de los tics: los trastornos extrapiramidales (ocasionados por el consumo de psicofármacos), las mioclonías aisladas, los movimientos coreiformes, atetósicos y su combinación (coreoatetósicos), que aparecen en diversas entidades neurológicas, así como los actos y rituales compulsivos, y los manierismos y estereotipias motoras o vocales, propios de los trastornos generalizados del desarrollo, la esquizofrenia y algunos síndromes caracterizados por retraso mental.

F95.0 Trastorno por tic transitorio

Se trata de un trastorno caracterizado por su duración entre 4 semanas y un año. Los tics pueden ser de cualquier tipo (vocales, motores, simples o compuestos), pero los parpadeos, las gesticulaciones faciales y las sacudidas del cuello y la cabeza, son los más frecuentes.

Pautas para el diagnóstico

- A) Los síntomas (tics) han aparecido antes de los 18 años, han estado presentes durante un lapso no inferior a 4 semanas ni superior a un año, y se producen con una frecuencia e intensidad suficientes, para interferir con alguna esfera importante de la vida del paciente o producirle un malestar significativo.
- B) No existen antecedentes de un síndrome de Gilles de la Tourette, y la posibilidad de que los movimientos o vocalizaciones anormales sean un síntoma de un trastorno más amplio (ver diagnóstico diferencial), puede ser racionalmente excluida.

Estas pautas satisfacen, en lo esencial, los requerimientos diagnósticos del DSM-IV y del Manual para investigaciones de la OMS.

F95.1 Trastorno por tic motores o fonatorios crónicos

Se ubicarán aquí aquellos trastornos por tics, que satisfacen los requerimientos de la subcategoría anterior (F95.0), excepto en lo relativo a su duración, que en estos trastornos ha de ser mayor de un año, sin períodos de remisión, en ese lapso, superiores a los dos meses.

Los tics pueden ser simples o múltiples, vocales o fonatorios (pero no ambos).

Pautas para el diagnóstico

- A) Se cumplen las pautas diagnósticas de F95.0 menos las relativas a la duración.
- B) El trastorno ha estado presente por más de 1 año, sin ningún período de remisión, en ese tiempo, mayor de dos meses.
- C) Los tics pueden ser vocales o fonatorios, pero no ambos.

Estos criterios son, en esencia, los mismos de los CDI (CIE-10) y del DSM-IV.

F95.2 Trastornos por tics motores y fonatorios múltiples, Síndrome de Guilles de la Tourette

Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de tics motores múltiples, y al menos uno fonatorio (aunque no, necesariamente, al mismo tiempo). Los síntomas aparecen durante la infancia o adolescencia, suelen alcanzar su acmé durante esta última, y aunque tienden a persistir en la adultez, frecuentemente se atenúan (pueden llegar a desaparecer) y se presentan períodos (a veces largos) de remisión, pero es frecuente que estén presentes durante toda la vida.

Los tics motores varían notablemente tanto en su intensidad como en sus características y localización y pueden afectar cualquier parte del cuerpo (son frecuentes los de la cabeza y el cuello, las extremidades y los del tronco). Pueden ser complejos e implicar golpearse, cambiar de posición e introducir “artefactos” en la locomoción, que a veces recuerdan las manifestaciones compulsivas.

Los tics fonatorios pueden consistir en palabras o distintos tipos de emisiones vocales no articuladas.

En algunos pacientes, tanto los tics motores como los fonatorios, tienen un carácter obsceno (coprolalia y copropraxia)

Pautas para el diagnóstico

- A) Presencia de tics motores múltiples y uno o más fonatorios, cuya aparición puede coincidir en el tiempo o no.
- B) Los síntomas han aparecido antes de los 18 años de edad, y han durado, al menos, un año, sin ningún período asintomático de más de dos meses durante ese lapso.
- C) Los síntomas son lo suficientemente intensos y frecuentes como para provocar al paciente un malestar importante, o un deterioro significativo en sus actividades sociales.
- D) Las manifestaciones del trastorno no son parte de otro mayor codificable *ad hoc*.

Estos criterios satisfacen, en esencia, los del DSM-IV y los de los CDI (CIE-10).

F95.8 Otros trastornos por tics, especificados

F95.9 Trastorno por tics, no especificado

F98 OTROS TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE APARECEN HABITUALMENTE EN LA NIÑEZ Y EN LA ADOLESCENCIA

Esta categoría diagnóstica registra un grupo de trastornos, que solo tienen en común su aparición en esa etapa de la vida, y carecer de una mejor ubicación dentro de la CIE. Incluye tanto a síndromes bien definidos, como a otros de validez nosológica discutible.

F98.0 Enuresis no orgánica

Se registrarán aquí aquellos síndromes caracterizados por la falta de control en la función urinaria, en edades en las que, de acuerdo con los patrones culturales (del entorno social), se supone que se deba haber alcanzado un adecuado control del esfínter vesical.

Los síntomas deben interferir significativamente con el desempeño socio-familiar del niño, o crear un malestar significativo en él o en sus familiares, y no ser debidos a una epilepsia, anomalía, enfermedad u otro trastorno somático o mental.

El control del esfínter vesical puede no haberse logrado nunca (enuresis primaria), o perdido tras un funcionamiento normal del mismo más o menos estable (enuresis secundaria).

La emisión inapropiada de orina puede ocurrir solamente en horario diurno o nocturno, o en ambos períodos.

Es frecuente que la enuresis se asocie con un trastorno emocional, pero si se considera que aquélla depende de éste, la enuresis no será el diagnóstico principal.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico consiste en la identificación de las características descritas arriba. En el manual para investigaciones CIE-10, se exige que la edad del niño (cronológica y mental) sea de, al menos, 5 años, se fija en dos emisiones inapropiadas al mes el número mínimo de éstas, y se excluye la presencia de otros trastornos mentales codificables.

En el DSM-IV, se exigen criterios similares, pero la frecuencia mínima de emisiones inadecuadas aceptada es de dos veces por semana.

F98.1 Encopresis no orgánica

Esta subcategoría diagnóstica registra la emisión de heces fecales en lugares no adecuados para el entorno socio-cultural del niño, independientemente de que:

Esto se haga de manera voluntaria o no; haya un adecuado control del esfínter anal; o exista un trastorno (primario o secundario) del control de dicho esfínter. El trastorno tenga un carácter primario (monosintomático), o sea la consecuencia del estreñimiento causado por una enfermedad somática, o parte de un trastorno psíquico más amplio.

Ha sido criterio de los psiquiatras cubanos, que lo antes expuesto 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, que poco (si es que algo) tiene que ver con la Psiquiatría, hasta trastornos psiquiátricos más 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.

Con el fin de mantener la estructura de la CIE-10 se recomienda ajustarse a los siguientes criterios diagnósticos:

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico de encopresis no orgánica (en el GC-3) 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

Se trata de un trastorno caracterizado por una inadecuada e insuficiente alimentación que recibe el niño, debido a caprichos y rechazos de éste a los alimentos, acompañados o no de rumia.

El cuadro clínico se establece durante los primeros cinco años de vida, es lo suficientemente intenso como para producir pérdida o ausencia de ganancia en el peso, y no es debido a inadecuaciones en la oferta alimentaria, ni en los cuidados y atenciones al niño.

Si el síndrome forma parte de las manifestaciones derivadas de un trastorno somático, o de una anorexia o bulimia nerviosa, un trastorno generalizado del desarrollo o de un retraso mental, el primer diagnóstico será el de la enfermedad de base. No obstante, en estos casos, el trastorno de ingestión alimentaria puede registrarse como un 2do. diagnóstico si requiere de tratamiento independiente (ver pautas para el diagnóstico).

Pautas para el diagnóstico

- a) Ingestión insuficiente e inadecuada de alimentos por el niño, acompañada o no de rejugitación o rumia, lo suficientemente intensa como para producir una pérdida o ausencia de ganancia en el peso, que ha durado más de un mes y que no se debe a inadecuaciones en la oferta alimentaria, ni en la atención y cuidados al niño.
- b) El trastorno ha comenzado en los primeros cinco años de vida y no es causado por una enfermedad somática, un trastorno generalizado del desarrollo, una anorexia (o bulimia) nerviosa o un retraso mental.

No obstante, en tales circunstancias, si el trastorno alimentario reviste particular importancia, puede recogerse como un 2do. diagnóstico.

Incluye: Trastornos de rumia en la infancia.

Excluye: Trastornos de la alimentación codificable en F50. Dificultades y nula administración de los alimentos R63 3. Pica en la infancia o la niñez (F98.3)

En el manual para investigaciones de la OMS, se exige ausencia de cualquier otro trastorno mental, excepto el retraso mental.

En el DSM-IV se recogen, por separado, esos trastornos (Trastornos de la conducta alimentaria y rumia), pero los criterios diagnósticos son esencialmente los mismos que se utilizan en las CIE-10 para investigaciones.

F98.3 Pica en la infancia y la niñez

Se trata de un trastorno caracterizado por la ingestión de sustancias no nutritivas (tierra, cal, etc.) con una duración de, al menos, un mes, y una frecuencia e intensidad suficientes como para requerir atención médica, que aparece en un niño de dos o más años de edad.

Dicho comportamiento no es un hábito culturalmente aprobado en el entorno del individuo, ni un síntoma de un trastorno más amplio (aunque en tales casos, la pica puede ser recogida como un segundo diagnóstico, si se considera pertinente hacerlo). No obstante, la pica puede ser diagnosticada de forma independiente, en presencia de otro trastorno psiquiátrico, si éste no constituye una explicación satisfactoria para la presencia o intensidad de aquélla.

Pauta para el diagnóstico

El diagnóstico de este trastorno se hará cuando se satisfagan los requerimientos descritos en la introducción a esta subcategoría.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV (ver Introducción a esta subcategoría)

Los criterios antes expuestos coinciden con los de la versión para investigaciones (CDI) de la CIE-10 con una modificación que permite diagnosticar la pica, aún en presencia de cualquier otro trastorno mental (no solamente el retraso mental), como segundo diagnóstico, si es secundaria a este, o como diagnóstico principal, si aquel no puede explicar satisfactoriamente la aparición o intensidad de la pica.

En el DSM-IV se exigen criterios muy similares a los de este manual.

F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados

Trastorno caracterizado por la presencia de un comportamiento motor estereotipado (movimientos voluntarios rítmicos, sin propósito funcional, iterativos y estereotipados), que no son parte de la expresión sintomática de un trastorno más amplio.

Estos movimientos pueden ser de muy distintos tipos, algunos son inocuos en sí mismos, como balancearse, avanzar unos pasos y retroceder de manera repetida, hacer giros, etc., y otros pueden tener un carácter real, o potencialmente autolesionantes, como pellizcarse, morderse, dar cabezazos contra un objeto duro, etc. Resultan frecuentes en los pacientes con retraso mental grave o profundos, sobre todo cuando el retraso se acompaña de déficits sensoriales, o gran menoscabo en las funciones de comunicación con el entorno.

Este diagnóstico (F98.4) no es factible si los movimientos anormales son causados por otro trastorno codificable, pero la presencia de este último no invalida el diagnóstico de trastorno por estereotipias motoras, si por su naturaleza o intensidad no justifica la presencia de los movimientos estereotipados.

No obstante, el diagnóstico de trastorno por estereotipias motrices podrá hacerse (como un segundo diagnóstico) si su intensidad y características lo hacen merecedor de una atención específica, aun cuando forme parte de otro más amplio (retraso mental, por ejemplo).

Excluye: Hurgarse la nariz (F98.8) onicofagia y succión del pulgar (F98.8), trastorno por tics (F95), tricotilomanía (F63.3) y trastorno obsesivo-compulsivo (F42).

Pautas para el diagnóstico

- a) Presencia de movimientos estereotipados (ver introducción), que por su frecuencia, intensidad o naturaleza requieren atención por el equipo de salud.
- b) Los síntomas han durado por lo menos un mes, y tienen un carácter primario.
- c) Si los síntomas se derivan de otro trastorno codificable, pero son lo suficientemente graves como para demandar atención específica, el trastorno por estereotipias motoras, puede ser recogido como un segundo diagnóstico.

Relación con los CDI (CIE-10) y el DSM-IV

Estos criterios coinciden, en lo esencial, con los del DSM-IV y los CDI. En el manual de la OMS para investigaciones, se exige la ausencia de cualquier otro trastorno psíquico (excepto el retraso mental). En el DSM-IV, se aclara que este diagnóstico F98.4, es compatible con el de retraso mental, si requiere tratamiento específico, lo que deja implícito que esto no puede hacerse cuando los movimientos estereotipados ocurran en el contexto de otro trastorno psíquico.

El diagnóstico por estereotipias motoras puede precisarse más mediante el uso de un quinto dígito.

F98.40 - Sin autolesiones
F98.41 - Con autolesiones
F98.42 - Mixto

F98.5 Tartamudez (espasmofemia)

Se trata de un trastorno que afecta de manera significativa la fluidez y el ritmo del habla, más allá de lo permisible de acuerdo con la edad del niño.

El paciente puede alargar sílabas o repetirlas, introducir interjecciones o pausas entre una palabra (o sílaba) y otra, evitar las palabras que le son problemáticas, repetir palabras monosilábicas, y acompañar estas alteraciones con gesticulaciones faciales o del cuerpo. Los síntomas son agravados por el estrés y mejoran o desaparecen durante el canto, la lectura y cuando hablan a animales o cosas.

Excluye : Trastorno por tics (F95)
Farfulleo (F98.6)

Pautas para el diagnóstico

- 1) Presencia de uno o más de los síntomas antes descritos.
- 2) Dichos síntomas son una causa importante de distrés o interfieren significativamente con la capacidad de comunicación oral o el desempeño laboral, social o escolar del paciente.
- 3) El trastorno no forma parte de otro más amplio, pero si es lo suficientemente intenso como para ser una queja fundamental del paciente y necesitar tratamiento específico, se puede registrar como un segundo diagnóstico.
- 4) En presencia de afecciones orgánicas o somáticas capaces de afectar el habla, el trastorno sólo se codificará, si su intensidad excede con creces a la esperable de aquellas.
- 5) Haber durado al menos 3 meses¹.

Estos criterios son compatibles con los de la versión para investigaciones de la CIE-10 y los del DSM-IV, en este último no se exige el criterio anterior.

F98.6 Tartaleo (Farfulleo)

En este trastorno, la inteligibilidad del habla está afectada por la excesiva velocidad (y las interrupciones) con que el paciente se expresa oralmente, de manera tal que el sujeto “habla a borbotones”, con pérdida del ritmo normal del discurso, emisiones súbitas, y gran velocidad de frases, frecuentemente erróneas. Sin embargo, las vacilaciones y repeticiones típicas de la tartamudez están ausentes.

¹ El diagnóstico puede ser hecho (con carácter provisional) antes de dicho lapso si la intensidad de las manifestaciones lo justifica

Contrariamente a lo que sucede en la tartamudez, los pacientes atenúan sus síntomas cuando se comunican en situaciones de estrés.

Excluye: Tartamudez (F98.5)

Pautas para el diagnóstico

- a. Presencia de las alteraciones del habla anteriormente descritas, en grado tal que interfieran significativamente con la inteligibilidad de ésta.
- b. Duración no menor de 3 meses.
- c. Los síntomas no son la consecuencia directa de un trastorno más amplio (somático o mental) codificable en sí mismo.

Estas pautas satisfacen los requerimientos para investigaciones del CIE-10. El farfullero no está recogido en el DSM-IV

F98.8 Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia

Se incluirán aquí una serie de trastornos monosintomáticos, que carecen de una ubicación más específica en la CIE-10, pero son frecuente motivo de contacto con los servicios médicos, como hurgarse en la nariz, la masturbación excesiva, la onicofagia y la succión del pulgar, el déficit atencional sin hiperactividad y la hiperhidrosis psicógena.

F98.9 Trastornos no especificados, emocionales y del comportamiento, que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia

F99 TRASTORNO MENTAL, NO ESPECIFICADO

Incluye : Enfermedad mental SAI

Excluye: Trastorno mental orgánico SAI (F06.9)
Psicosis orgánica, SAI (F29)

EJES COMPLEMENTARIOS

Introducción

Como se desprende del capítulo introductorio, ha sido nuestro propósito, al diseñar el GC-3, crear un instrumento, cuyo uso lleve implícito un estudio profundo de la individualidad del paciente.

Para una mejor consecución de estos objetivos, han sido habilitados 5 ejes complementarios, a través de los cuales no sólo se recoge una visión integral de la personalidad del paciente, sino también se organiza y se registra una valiosa información, que puede servir de guía y evaluación de la terapéutica (sobre todo la psicoterapia) y ser útil, en un futuro, para la mejor elaboración de las categorías y criterios diagnósticos, y para esclarecer el pronóstico de los trastornos mentales.

Se recomienda en todos ellos (excepto el VI), usar un lenguaje coloquial y simplemente descriptivo para asentar la información.

La terminología técnica debe ser evitada, así como utilizar expresiones que requieran una interpretación o impliquen conceptos correspondientes a alguna escuela psicológica determinada.

EJE II

Discapacidades

Hubo consenso en los seminarios realizados respecto a ceñirse estrictamente a la letra y el espíritu de la CIE-10 en este acápite, ya que su adaptación cultural está implícita en la forma de aplicar la escala de evaluación.

Se registrará toda minusvalía, independientemente de que su causa sea somática o mental, utilizando para ello la metodología e instrumentos recomendados por la OMS.

Deben tomarse en cuenta las opiniones de convivientes, compañeros de trabajo, vecinos, etc., a fin de que la evaluación sea lo más objetiva posible.

En caso de minusvalías debidas a enfermedad mental, al hacer la evaluación se debe tener mucho cuidado en excluir aquellos estados de disfunción transitoria propios de un *delirium*, una depresión u otras afecciones psíquicas.

La presencia de capacidades especiales, que pueden ser importantes para el tratamiento al paciente deben ser registradas en el eje IV, "Otras características personales y factores ambientales". Igual procedimiento se seguirá respecto a las circunstancias favorables del entorno.

Aquellos aspectos ajenos a la discapacidad en sí (pobreza, vivir solo, etc.), que influyen desfavorablemente en el grado de desenvolvimiento social o laboral del paciente, serán recogidos en el eje III, "Factores Ambientales y Personales Adversos".

El eje V será utilizado para recoger tanto los mecanismos psicológicos de adaptación a las minusvalías, como aquellos de carácter morbozo que se relacionan con ellas.

Cuando la capacidad para satisfacer alguna demanda familiar, laboral, etc. depende de determinados factores de apoyo social (vivir cerca, o alguien que lo acompañe o lo lleve al trabajo, por ejemplo) o de dispositivos tecnológicos (equipos de audición, instrumentos de diseño especial, etc.), esto será reflejado en el eje VI.

Con base en el hecho de que múltiples factores pueden influir positiva o negativamente en el grado de minusvalía, se recomienda reevaluar periódicamente el nivel de funcionamiento del paciente, salvo en aquellos pacientes (con una demencia en fase terminal, por ejemplo), en que una recuperación es imposible.

Las frecuencias de las nuevas evaluaciones estarán condicionadas por la naturaleza de la enfermedad, el tipo de tratamiento utilizado, la incidencia de factores capaces de modificar la adaptación del sujeto y la evolución de la enfermedad.

Áreas de funcionamiento:

- A. Cuidado personal y supervivencia.
- B. Funcionamiento ocupacional: rendimiento en las tareas a que el paciente se dedica (trabajo, estudios, etc.).
- C. Funcionamiento en el seno familiar: interacción con familiares y otros convivientes.
- D. Desempeño en otras funciones o actividades: relaciones interpersonales extrafamiliares, actividades sociales, recreativas, etc.

Escala (de minusvalías de la OMS, 1988)

- 0- Ninguna disfunción: El funcionamiento del paciente se ajusta a las normas de su grupo de referencia o contexto sociocultural.
- 1- Disfunción mínima: Presenta una desviación de la norma en una o más actividades. Las interferencias son mínimas, pero persisten a lo largo de la mayor parte del tiempo. Pueden aparecer disfunciones más llamativas por períodos cortos: por ejemplo, uno o dos días.
- 2- Disfunción obvia: La desviación de la norma es llamativa y las disfunciones interfieren con su adaptación social. Persisten las disfunciones casi todo el tiempo. Disfunciones más graves pueden aparecer unos pocos días.

- 3- Disfunción grave: Marcadas desviaciones de la norma en la mayoría de las actividades, que duran más de la mitad del tiempo.
- 4- Disfunciones muy graves: Desviaciones en todas las áreas, que persisten en la mayor parte del tiempo. La ayuda de otros para remediar o controlar la disfunción puede ser requerida (de acuerdo con el juicio del examinador), pero no es necesaria para la valoración.
- 5- Disfunción máxima: la desviación de la norma ha alcanzado un punto crítico. Puede resultar peligrosa para la propia existencia o para la vida de otros.

Es necesario alguna forma de intervención o ayuda social.

- 6- No aplicable (indicar las razones).

EJE III

Factores ambientales y personales adversos. ((Factores ambientales y circunstanciales)).

El enunciado de este acápite ha sido modificado en el GC-3, para diferenciar los aspectos en él contenidos, de un conjunto de factores de la misma índole, pero no necesariamente adversos, que se recogen en el eje IV. "Otras Características Personales y Factores Ambientales".

La lista de acontecimientos y situaciones ha sido ampliada para incluir o destacar aquellos de más importancia en nuestro medio.

Al hacer uso de este eje, el clínico debe especificar, en el enunciado, si el aspecto que está recogiendo es un antecedente o una situación actual, crónica (1 año o más) o aguda y los detalles que ayuden a valorar su significado. Por ejemplo:

- 1.0. Antecedentes de cambios frecuentes de pareja por su madre durante la infancia (período preescolar y primaria).
2. Desde hace 2 años estudia una carrera que no le gusta.
- 3.3. Muerte hace 3 meses de la esposa por complicaciones en el parto.

1. Antecedentes de acontecimientos adversos en la infancia.

- 1.0- Relaciones familiares anormales (discordia, falta de afecto, hostilidad, abuso sexual o físico dentro del seno familiar).

Ejemplos:

- Preferencias marcadas por otros miembros del grupo familiar.
- Ser convertido en instrumento de manipulaciones de los adultos.
- Aplastamiento de la personalidad del niño (limitar exageradamente su capacidad de decidir sobre sí mismo. Subvalorar sus criterios y opiniones, actitudes hipercríticas, comparaciones desventajosas y falta de elogios merecidos, que tienden a crear en él una autovaloración negativa.
- Ser rechazado por uno o más miembros del grupo.
- Hostilidad mal manejada en el núcleo familiar (agresividad mal expresada, no controlada, ni modulada, reprimida o larvada, etc.).
- No sentirse respetado por el grupo o viceversa.
- Sentirse mal en casa.

1.1. Trastornos mentales, desviaciones, inadecuaciones o incapacidades en el grupo de apoyo primario al niño.

Ejemplos:

- Antecedentes de inconsistencia en el grupo de atención primaria.
- Cambios frecuentes de pareja por el cónyuge con que vive.
- Padre o madre ausente, desconocido o poco interesado en él.
- Otras actividades de inconsistencia del grupo de atención primaria.

1.2. Comunicación familiar inadecuada.

Ejemplos:

- Comunicación unidireccional.
- Comunicación ambigua.
- Comunicación ambivalente.
- Comunicación pobre.
- - Emocional y afectivamente pobre.
- - Cognoscitivamente pobre.
- - Globalmente pobre.
- Comunicación excesiva.
- Comunicación imperativa.
- Otras.

1.3. Cualidades anormales en la educación.

Ejemplos:

- Cambios frecuentes y prolongados del tutelaje o entorno, que implican variaciones en las figuras parentales, el estilo de vida y regímenes disciplinarios.
- Antecedentes de inconsistencia en la formación de hábitos de disciplina y escalas de valores (desacuerdos de las figuras parentales respecto a esos aspectos, que llevan a

indicadores de control, exigencias y formas de ejercicios de la autoridad, inestables y contradictorios).

- Largos alejamientos de la vida familiar por reclusión en internados, becas, u otras instalaciones.

1.4. Entorno inmediato anormal (educación institucional, situación paterna aislada o anormal).

1.5. Acontecimientos vitales agudos. (Alejamiento del hogar, pérdida de la autoconfianza, abuso sexual extrafamiliar u otras experiencias negativas).

Ejemplos:

- Eventos vitales particularmente estresantes (matar accidentalmente o mutilar a un ser querido, ser víctima de torturas o presenciar hechos como éstos).
- Pérdida trágica de uno o más miembros de la familia, grandes catástrofes naturales o sociales.
- Estado social particularmente desfavorable.
- Pérdida de estado social por empobrecimiento, situaciones socialmente vergonzosas o posiciones de principios.

1.6. Factores sociales estresantes (discriminación o cambio social).

Ejemplos:

- Limitaciones en las actividades lúdicas y de interacción social debido a prohibición de los padres, diferencias culturales, ideológicas o económicas con sus compañeros o rechazo por parte de las instituciones.
- Rechazo por sus pariguales o ausencia de éstos.
- Ser víctima de burlas y agresiones o humillaciones frecuentes por sus pariguales.
- Marginalidad.

1.7. Estrés personal crónico asociado al colegio.

1.8. Acontecimientos estresantes resultantes del propio trastorno del niño. (Educación institucional, alejamiento del hogar o pérdida de la autoconfianza).

Ejemplos:

- Haber padecido de enfermedades crónicas con peligro evidente de muerte o invalidez, o que limiten sus oportunidades de interacción.
- Antecedentes de desajustes mentales.
- Limitaciones sensoriales o motoras.
- Ser débil, enfermizo, poco carismático, o tener fealdad repulsiva.

1.9. Otros factores que limitan o distorsionan la estimulación recibida por el niño, y los no especificados.

2. Problemas relacionados con la (educación), instrucción y alfabetización.

2.0. Analfabetismo o pobre nivel de instrucción.

2.1. Falta o no consecución de educación escolar.

2.2. Fracaso o bajo rendimiento escolar.

2.3. Mala adaptación escolar o discordia con profesores y compañeros.

2.4. Otros problemas especificados relacionados con la educación y la alfabetización.

- Imposibilidad de continuar estudios superiores.
- No obtención de la carrera deseada.
- Estudiar una carrera no deseada.

2.5. Problemas relacionados con la educación y alfabetización: S.O.E.

3. Problemas actuales relacionados con el grupo de apoyo primario.

Se recogerán aquí aquellas situaciones desventajosas enumeradas como antecedentes en el No. 1, cuando tengan un carácter actual.

3.0. Problemas en las relaciones con el cónyuge o pareja.

Ejemplos:

- Mal funcionamiento en la esfera sexual (no codificable en el eje I).
- Insatisfacción con su pareja.
- Disarmonía en el manejo de aspectos éticos, morales y educacionales, económicos, etc.
- Intereses contradictorios.
- Falta de comprensión entre los miembros de la pareja.
- Marcada diferencia de edad o en el estado de salud de los cónyuges.
- Vivir separados.

3.1. Problemas en las relaciones con padres o suegros u otros familiares cercanos del cónyuge.

3.2. Apoyo familiar inadecuado.

Ejemplos:

- Considerar que sus opiniones y derechos no son respetados.
- Imposibilidad de apoyarse en la familia por razones objetivas o subjetivas.
- Separación física de la familia por razones de trabajo, emigración u otras.

- 3.3. Ausencia, desaparición o muerte de un miembro de la familia.
- 3.4. Ruptura de la familia por separación o divorcio.
- 3.5. Familiar (o convivente) dependiente, que necesita cuidados en el hogar.
 - Personas allegadas, pero no miembros del grupo familiar, que conviven con ellos y dificultan la privacidad o distorsionan las relaciones del grupo.
- 3.6. Situación atípica de los padres (por ejemplo, padres solteros o desconocidos).
- 3.7. Otros acontecimientos estresantes que afectan la situación familiar y del hogar.
- 3.8. Otros problemas especificados en relación con el grupo de apoyo primario.

Ejemplos:

- Manejo de los aspectos éticos, morales y educacionales de la familia.
 - Manejo de los objetivos del grupo familiar.
 - Administración de los bienes familiares.
 - Liderazgo en el seno del grupo.
 - Manejo de los intereses comunes.
 - Problemas con el ejercicio y la acatación de la autoridad dentro del grupo.
 - Abusos, maltratos o descuidos.
 - Situación humillante en que se encuentra algún miembro de la familia.
 - Existencia de espinas irritativas que distorsionan las relaciones familiares (por ejemplo infidelidad, alcoholismo, actividades antisociales, discrepancias éticas, morales, ideológicas o de principios insalvables, etc.).
 - Maneras de ser aberradas de algunos de sus miembros, que dificultan la armonía familiar.
 - Dependencia del grupo de terceras personas por razones económicas, de vivienda o de otra índole.
- 3.9. Problemas relacionados con el grupo de apoyo primario no especificados.
 - 4. Problemas relacionados con el ambiente social.
 - 4.0. Red social inadecuada.
 - Inaccesibilidad o subutilización de la red social por desconocimiento, negligencia o cualquier otra causa.
 - 4.1. Vivir solo. Únicamente se utilizará cuando no quepa la menor duda de que constituye una desventaja; de lo contrario, se recogerá en el eje IV.
 - 4.2. Dificultades de culturalización.

4.3. Exclusión o rechazo social.

Ejemplos:

- No tener amigos, mala calidad en sus relaciones amistosas o amorosas.
- No ser aceptado por las personas, grupos o instituciones.

4.4. Ser víctima de discriminación y persecución (abusos y agresiones o sentirse inseguro al respecto).

Ejemplos:

- Inseguridad por temor a:
- Ser robado o agredido.
- Sufrir represalias o humillaciones si sus ideas o principios fueran conocidos o divulgados.
- Sentirse compulsado a parecer lo que no se es, a causa de su modo de sentir respecto al sexo, cuestiones raciales, político ideológicas, religiosas, etc.

4.5. Otros problemas especificados con relación al ambiente social.

4.6. Problemas relacionados con el ambiente social S.O.E.

5. Problemas relacionados con la vivienda o con las circunstancias económicas.

5.0. Sin vivienda.

- Temor a perder la vivienda.

5.1. Vivienda inadecuada o residencia institucional.

5.2. En discordia con vecinos, caseros o compañeros de casa.

5.3. Ingreso insuficiente para cubrir necesidades diarias.

5.4. Problemas económicos graves.

5.5. Pobreza extrema.

5.6. Seguridad social insuficiente.

5.7. Otros problemas especificados en relación con la vivienda y circunstancias económicas.

5.8. Otros problemas no especificados en relación con la vivienda y circunstancias económicas.

6. Problemas relacionados con el (des) empleo.

6.0. Falta de oportunidades de empleo.

6.1. Desempleo (y sub empleo) inespecificado.

6.2. Cambio de empleo.

6.3. Amenaza de pérdida de empleo.

6.4. Horario inadecuado u otras circunstancias estresantes de trabajo.

Ejemplos:

- Empleo no acorde con sus aspiraciones y posibilidades, no reconocimiento social de su labor.
- Remuneración inadecuada.
- Empleo en desacuerdo con el grado de capacitación y competencia del sujeto.
- Decepción por los resultados de su gestión laboral o por las dificultades para llevarlas a cabo (sus consejos son desoídos, dificultades materiales o negligencias de terceras personas le impiden llegar a resultados).
- Condiciones laborales insatisfactorias (horarios caprichosos, lugares incómodos, mal iluminados, etc., falta o mala calidad de almuerzos o meriendas, dificultades extremas de transportación).
- Condiciones estresantes de trabajo.

6.5. Mal entendimiento con el jefe o los compañeros de trabajo.

6.6. Trabajo incompatible.

6.7. Otros factores estresantes físicos y mentales relacionados con el trabajo.

6.8. Otros problemas no especificados relacionados con el empleo.

7. Problemas relacionados con el entorno físico.

7.0. Riesgo (peligrosidad) ocupacional personal o familiar.

7.1. Riesgo no ocupacional (personal o familiar).

8. Problemas legales u otras circunstancias psicosociales.

8.0. Encontrarse sujeto a un proceso criminal sin condena.

- 8.1. Discordia con los jueces (u otros representantes de la autoridad o del poder).
- 8.2. Condena mediante un juicio civil o penal con prisión o no. En espera de cumplir prisión.
- 8.3. Ingreso médico-legal.
- 8.4. Otras circunstancias legales.
- 8.5. Víctima de crimen o terrorismo.
- 8.6. Exposición a un desastre, guerra u otras hostilidades.
- 8.7. Otros problemas específicos relacionados con circunstancias psicosociales.
- 8.8. Otros problemas relacionados con circunstancias no especificadas.
- 9. Problemas relacionados con los antecedentes familiares de enfermedad.
- 9.0. Trastornos mentales o del comportamiento.
- 9.1. Minusvalías físicas o enfermedades físicas crónicas.
- 9.2. Enfermedades físicas agudas en la familia.
- 10. Problemas relacionados con ((cambios en los ciclos vitales)) otras situaciones significativas.
- 10.0. Abortos.
- 10.1. Embarazo no deseado.
- 10.2. Multiparidad.
- 10.3. Limitación de las actividades debido a incapacidades.
- 10.4. Enfermedades físicas crónicas.
- 10.5. Necesidad de cuidados en casa.
- 10.6. Necesidad de supervisión continuada.
- 10.7. Otros problemas específicos ((relacionados con los ciclos vitales)) .

10.8. Otros problemas ((relacionados con los ciclos vitales)), no especificados.

Ejemplos:

- Dificultades para la adquisición o usos de medios contraceptivos.
- Dificultades para tener descendencia.
- Embarazo de elevado riesgo.
- Embarazo con feto "supervalioso".

10.9. Otros problemas ((con los ciclos vitales)) S.O.E.

11. Problemas relacionados con el estilo (y calidad) de vida (en ausencia de un trastorno codificable en el eje I).

11.0. Uso del alcohol (sólo si no es codificable en F1).

11.1. Uso de drogas (sólo si no es codificables en F1).

11.2. Falta (o exceso) de ejercicio físico.

11.3. Dieta o hábitos alimentarios inapropiados.

11.4. Comportamiento sexual de elevado riesgo.

11.5. Comportamiento social abusivo o llamativo.

11.6. Aceptación o búsqueda de cualquier intervención (física, nutricional, química o psicológica) a sabiendas de que puede resultar peligrosa o arriesgada) (que no sea codificable en el eje I).

11.7. Otros problemas especificados relacionados con el estilo de vida.

11.8. Otros problemas no especificados, relacionados con el estilo de vida .

11.9. Agotamiento extremo.

11.10. Patrón de comportamiento tipo A.

11.11. Estrés o falta de relajación.

11.12. Conflicto con la función social.

11.13.Otros problemas especificados en relación con dificultades en el manejo de la vida.

Ejemplos:

- Falta de distracción o esparcimiento.
- Descuido y abandono para enfrentar tareas (reparaciones en el hogar y equipos por ejemplo).
- Vulneración de horarios y normas de higiene y educación para la salud (horarios caprichosos de alimentación y sueño, abandono del estado sanitario bucal y vacunaciones, o demora en solicitar ayuda médica, por ejemplo).
- Situaciones de estrés o de inseguridad mantenidas respecto a la satisfacción de las necesidades básicas de la vida. Ejemplo: irregularidades en el abastecimiento de agua, energía, alimentos, transporte y materiales (que hacen de las tareas cotidianas una fuerte carga en cuanto a tiempo consumido, sufrimientos, tensiones y preocupaciones), no debidas al insuficiente nivel adquisitivo del sujeto.
- Inexistencia de alternativas para solucionar problemas apremiantes.
- Crisis existenciales (no debidas a trastornos codificables en el eje I Ej. crisis en las convicciones y principios éticos, morales, religiosos o filosóficos).

11.14 Otros problemas no especificados relacionados con dificultades en el manejo de la vida.

EJE IV

Otros factores ambientales y personales

Se incluyen aquí las características de cualquier índole, que no pueden ser calificadas como síntomas, pero que el facultativo que diagnostica considera que pudieran tener alguna significación o influencia en el desarrollo, pronóstico o tratamiento de la enfermedad que padece el sujeto.

Las características incluibles en ese eje no deben ser las identificadas como problemas o conflictos. En ese caso, serían consideradas como estresores psicosociales o manifestaciones propias de alteraciones de la personalidad, rubricables en los ejes III y I, respectivamente.

Se trata de características egosintónicas, que no merecen desaprobación social.

Se exceptúan aquellas características personales y actividades que aparezcan estrechamente vinculadas a un proceso morboso.

Dicha subdivisión se crea con el objetivo de resaltar la importancia de esos otros factores (no adversos) y estimular su registro, lo cual favorece un mejor conocimiento sobre el paciente, a la par que brinda informaciones útiles para los tratamientos psicológicos.

Del registro sistemático de esas características, podrían inferirse en el futuro puntos de relación entre determinados trastornos mentales y factores psicoambientales hasta ahora considerados intrascendentes.

Utilización del eje IV, Ejemplos:

- Vivir solo.
- Tener alguna afición intensa por alguna actividad (criar peces o animales afectivos, coleccionar sellos, deportes, etc.).
- Ser una persona con (o con poco) sentido común.
- Tener una convicción ideológica o religiosa firme o no.
- Ser una persona práctica o más bien "soñadora".
- Ser hábil administrador de sus ingresos.
- Tendencia a convertirse en líder (ser un líder nato).
- Preferir trabajos de mando o de subordinación.
- Grado de carisma y atractivo personal.
- Ser pulcro y elegante o viceversa.

EJE V

Mecanismos y necesidades psicopatogénicos

(Incluye: necesidades, mecanismos y comportamientos inadaptativos y cambios de adaptación a los S.E.O.C. y a las minusvalías).

Una adecuada evaluación a un paciente no estaría completa sin reflejar los comportamientos inadaptativos que caracterizan su anormal manera de ser. Resulta obvio que ese eje sólo debe ser aplicado a pacientes muy bien conocidos y estudiados.

Se enumeran, a glosa de ejemplo, algunas de las actividades y mecanismos, que frecuentemente se evidencian en sesiones de psicoterapia o seguimiento cercano a los pacientes.

No se hace mención alguna a la interpretación ni a la patogenia de esos comportamientos.

Hasta qué punto algunos de esos aspectos pueden guardar relación con los distintos rubros diagnósticos del eje I, es algo que se desconoce, y que investigaciones futuras podrán esclarecer, pero indudablemente resultan de gran utilidad para la atención psicológica al paciente, independientemente de que tengan alguna relación causal con los síntomas o no. Por supuesto, que la lista de comportamientos puede ser mucho mayor, y que tal vez muchos de ellos tengan un carácter cultural, tanto para sujetos sanos, como para pacientes de una determinada sociedad.

Se estima que el registro de esas características también puede resultar útil en programas de educación psicológica, prevención primaria, promoción de salud mental y evaluación de los resultados de la psicoterapia.

Los términos mecanismos y comportamientos son utilizados en el sentido más amplio y abarcan tanto los procesos, formas y contenidos del pensamiento, como la afectividad, conación y funciones de relación del sujeto evaluado, siempre y cuando repercutan desfavorablemente sobre su adaptación o interfieran con el normal y total desarrollo de sus aptitudes.

Deben estar presentes de manera estable y mantenida, y no sólo en cierta fase evolutiva de un trastorno mental o durante la incidencia de un determinado síntoma.

No obstante su carácter adaptativo, algunos mecanismos (como llevar un libro de nota, por ejemplo) empleado por pacientes con afecciones orgánicas y minusvalías, son incluidos en ese eje por no haber mejor lugar donde ubicarlos, y porque, a veces, aún cuando son la única opción para el paciente devienen fuente de fricción con sus conviventes.

Ejemplo de aspectos que deben incluirse en el Eje V

- Insistir en conductas inadaptativas, no obstante haber comprendido su falta de sentido.
- Incapacidad para mantener o ampliar patrones de comportamiento que han probado ser eficaces para mejorar su funcionamiento y disminuir sufrimientos.
- Exagerada tendencia al pensamiento mágico o a esperar "soluciones del aire".
- Toma de decisiones.
- Indecisiones o bloqueo en la toma de determinaciones. Incapacidad para asumir riesgos razonables.
- Toma de decisiones intempestivas.
- Búsqueda del papel de "víctima" o de inspirar lástima como un objetivo básico de la conducta.
- Necesidad exagerada de reafirmación en cuanto a valores personales, de afecto o atención.
- Exagerada necesidad de satisfacer la expectación social o familiar: sentirse o actuar como si se estuviera compulsado a hacer lo que la gente espera que uno haga.
- Autoestima discordante con la opinión que los demás tienen de uno.
- Pobre tolerancia a las frustraciones y situaciones ambiguas.
- Subestimación o exageración de la importancia de los criterios de compañeros y amigos sobre el comportamiento personal.

- Mal manejo de la hostilidad.
- Sentimientos desproporcionados de agresividad.
- Mala focalización (generalización de la hostilidad).
- Formas encubiertas de hostilidad.
- No percatarse de sus sentimientos de hostilidad.
- Represión exagerada de la expresión de hostilidad.
- Hostilidad hacia sí mismo.
- Dificultades en la comunicación.
- Comunicación pobre.
- Comunicación imperativa (regañar, dar órdenes).
- Comunicación ambivalente.
- Comunicación ambigua.
- Comunicación unidireccional.
- Pobre expresión sentimental.
- Aspiraciones.
- Conformismo: aceptar un nivel de desarrollo por debajo de sus capacidades, por temor a los riesgos y fracasos propios de escalar posiciones superiores. Se mantiene a un nivel en que las facultades sobran, se sacrifican aspiraciones en aras de seguridad.
- Aspiraciones más elevadas que sus posibilidades reales para alcanzarlas y mantenerlas.
- Incapacidad para renunciar a algo para poder obtener cosas más valiosas, que implican el sacrificio de la primera: lleva a una actitud ambivalente en que el sujeto, al querer mantener ambas cosas, pierde y deteriora las dos (ej., la libertad y la responsabilidad).
- Falta de aspiraciones.
- No emancipación de los hijos.

- Oposición inconsciente a su independencia.
- Sentirse fracasado o realizado en función de los hijos (alcanzar en ellos los anhelos frustrados en uno mismo).
- Mitificación de la función de madre y padre mediante la autoexigencia de sacrificios o limitaciones (darles su comida, no tener nuevas parejas, depender del juicio de los hijos para la toma de decisiones de carácter personal).
- Justificación irracional de su incapacidad para tener logros o placeres en la vida por la "necesidad" de cumplir deberes con los hijos.
- Manipular a los hijos: crearles sentimientos de culpabilidad o supuestos deberes para con él (ella) exagerados o irreales.
- No emancipación de los padres (se deben incluir todos los aspectos contenidos en el acápite anterior, pero no con relación a los padres).
- Manipular conscientemente o no a otras personas.
- Necesidad excesiva de control.
- Privarse de situaciones placenteras por costumbre, comodidad o sentimientos de culpabilidad.
- Relaciones humanas.
- Confianza o desconfianza excesiva en terceras personas.
- Comportamiento reiterativo que lleva, necesariamente, a crear dificultades en las relaciones interpersonales.
- Tendencia a culpar a los demás.
- Tendencia a aceptar culpas ajenas o a sobrevalorar las suyas.
- Patrones de conducta excesivamente flexibles o rígidos.
- No aceptación o mal manejo de disidencias .
- Falta de control y guía (morales y de dirección de la familia).
- Actitud hipercrítica.

- Tolerancia exagerada.
- Idealizar a personas y situaciones (con desencanto después, al no resultar dichas personas o situaciones las soñadas).
- Tendencia a buscar culpables más que a solucionar las situaciones problemáticas. Por ejemplo, no corregir una conducta inapropiada para después culpar al otro de las consecuencias.
- Comportamiento generado más por odio y rencor que por la búsqueda de gratificaciones personales.
- Evasión exagerada de responsabilidades.
- Falta o exceso de compromiso afectivo con otras personas, grupos e instituciones.
- Dificultades con la aceptación de la autoridad (rebeldía inmadura, exagerada o mal modulada, sumisión exagerada, no voluntariamente fingida), actitud ambivalente, se rechaza la autoridad pero el comportamiento lleva más a la dependencia que a la autonomía. Labilidad en la actitud ante la autoridad. Rebeldía enmascarada.
- Criterios generales sobre la amistad, las parejas, los jóvenes, los viejos, etc., que dificultan sus relaciones.
- Ser excesivamente distantes en las relaciones interpersonales o viceversa.
- Incapacidad o dificultad marcada para experimentar y expresar el amor.
- Pedantería extrema.
- Falta de tacto o sentido común (en grado extremo).
- No aceptación de la vejez o minusvalías de cualquier tipo.
- Exageración de la importancia de cualquier minusvalía.
- Preocupación improductiva por hechos que no tienen solución o "gastarse" mediante el sufrimiento por una dificultad sin buscar las vías para solucionarla o palearla.
- Incapacidad (o pobre capacidad) para aceptar que las cosas no siempre son como uno desea.

EJE VI

Otras informaciones significativas

Ese eje fue inicialmente concebido para recoger aspectos biológicos, a fin de satisfacer la necesidad de registrar y elaborar los importantes aportes de la Psiquiatría Biológica.

La experiencia demostró la necesidad de acotar también muchas otras informaciones, por lo que se decidió hacer del VI un Eje MIXTO, contentivo de toda información relevante no ubicable en los anteriores*.

Dicho eje es también un eje abierto, por lo que no se restringe a los aspectos que, a glosa de ejemplo, se señalan y a los cuales pueden incorporárseles tantos acápites como la experiencia lo haga pertinente.

El enunciado debe ser claro e incluir la información necesaria para valorar el significado real del aspecto anotado. Cuando un proceder médico (fármaco, privación de sueño, etc.) se aplique como recurso diagnóstico, el resultado se registrará en 1.8.

EJE VI

1. Resultados de investigaciones complementarias.

1.0 Imagenológicas.

1.1 Electrofisiológicas.

1.2 Anatomopatológicas.

1.3 De laboratorio (citológico, humorales, etc.).

1.4 Psicológicas.

1.5 Sociológicas y antropológicas.

1.8 Otras investigaciones (incluye pruebas terapéuticas).

2. Respuesta al tratamiento.

2.0 Biológico.

2.1 Psicoterapia.

2.2 Modificaciones ambientales.

2.3 Somático.

2.8 Otros.

3. Datos biográficos de interés

3.0 Personales.

3.1 Familiares y allegados.

* No se consideró práctico aumentar a más de seis el número de ejes.

4. Escala de evaluación global (G.A.F.).

5. Otras informaciones.

5.0 Factores astronómicos, meteorológicos y climáticos.

- Estación del año, fases de la luna, actividad solar, etc.

5.1 Relación con los ritmos vitales: ritmos circadianos, circunmensuales, y otros biorritmos.

Se recogerá aquí, cuando se crea oportuno, cualquier relación entre la aparición, agravamiento, mejoría, desaparición o modificación de la enfermedad y los ritmos vitales, incluso el ciclo menstrual.

5.2 Dominancia cerebral izquierda o derecha.

5.8 Otras informaciones especificadas.

6. Situaciones de riesgo.

Incluye el síndrome presuicidal y la pertenencia a entornos (micro o macrosociales) o grupos humanos, que por sus creencias, actividades presentan una clara propensión a padecer algún tipo de trastorno (circunstancias favorecedoras del consumo abusivo de sustancias, por ejemplo).

**SÍNDROMES DE DIFÍCIL UBICACIÓN
DENTRO DEL CAPÍTULO V DE LA CIE –10**

**CREENCIAS (Y OTRAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-CULTURALES)
RELACIONADAS CON LA APARICIÓN, EXPRESIÓN E
INTERPRETACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y LAS
MANIFESTACIONES POPULARES DE DISTRÉS**

INTRODUCCION

Hemos preferido usar ese apelativo, (síndromes de difícil ubicación en la CIE-10), por parecernos más apropiado, para denominar genéricamente, a un grupo de síndromes conocidos internacionalmente como trastornos exóticos, folklóricos, ligados a la cultura, etc.

La palabra exótico quiere decir extranjero o algo que viene de muy lejos; luego ciertamente un *Amok* resultaría tan exótico en un canadiense como una anorexia nerviosa en un africano, pero no al revés.

Tal vez el más desafortunado de todos los términos empleados para designar dichos síndromes (y probablemente el más popular) es el de trastornos, psicosis, neurosis, etc., ligados a la cultura.

No existe ninguna manifestación normal o anormal en el ser humano que no sea mediada por la cultura, excepto llorar, mamar y unos pocos reflejos primarios más, que son las únicas actividades que el cerebro humano es capaz de realizar sin haberlos aprendido antes. El hombre es un animal ligado a la cultura por definición, ni existe fuera de ella ni ésta sin él.

Esos cuadros clínicos tienen en común: la existencia de síndromes típicos pobremente estudiados, la presencia de motivaciones psicológicas, que implican determinadas convicciones y creencias sobre las causas de las enfermedades y los valores ético-morales, y a veces, un entorno físico o situacional determinado.

Suele aceptarse que son trastornos relativamente raros y circunscritos a determinados grupos étnicos, países o regiones geográficas y grupos humanos específicos, lo cual es una verdad relativa.

En realidad, el hecho de que muchos de esos trastornos ocurran en países pobres, y dentro de estos en las capas más apartadas y preteridas de la población (con poco contacto con los servicios de salud) hace que muchos de esos pacientes sean tratados por **curanderos o chamanes** sin ser registrados en ninguna estadística.

Además, en la medida en que dichos síndromes son dados a conocer y tenidos en cuenta, y las posibilidades de atención especializada se expanden por el mundo, comienzan a "aparecer" en ubicaciones distintas a aquéllas en que fueron originalmente descritos.

Un ejemplo de esto, es el informe de algunos de esos síndromes en Cuba (incluidos síndromes de Koro) en la encuesta dirigida por el Comité de Dirección del GC-3.

Por otra parte, la relación entre la cultura y el diagnóstico es polifacética y dialéctica.

A veces, el entorno determina o facilita la aparición del trastorno, la "epidemia" de "brujas" incineradas durante la Inquisición no hubiera podido ocurrir en otro contexto; y según el

enfoque que se haga del problema, esas "brujas" podrían ser catalogadas como enfermas mentales (histéricas, esquizofrénicas o víctimas de una reacción a estrés o trastorno de trance o posesión), o, algunas de ellas al menos, como personas que expresaban su protesta contra la represión existente y se inmolaban en forma similar a como lo hicieron muchos monjes budistas y otras personas durante la guerra en Vietnam.

En ciertos contextos socioculturales, el trastorno puede ser la única manera (no necesariamente consciente) de expresar desacuerdo o ser tomados en cuenta por ciertos grupos; por ejemplo, según la experiencia de muchos médicos cubanos que realizaron misiones internacionalistas en regiones donde la mujer era discriminada y subvalorada en modo extremo, a veces la "enfermedad somática o mental" constituía para ellas su único medio de "obligar" a su esposo o familia a preocuparse por su estado, o de expresar sin temor a represalias, su desacuerdo, o escapar a una obligación o castigo injusto.

En tales casos, y otros de sujetos en situaciones extremas (prisiones, guerras, etc.) la "enfermedad" puede tener un carácter adaptativo, y por tanto, difícilmente pueda considerársele como tal.

Por otra parte, la decisión diagnóstica tiene también un componente cultural. La forma de recoger, organizar y procesar la información varía según la educación médica que haya recibido el clínico. Que aspectos atender, como agruparlos, interpretarlos y categorizarlos es también un proceso mediado por la cultura.

Las características de personalidad, consideradas como deseables en un contexto social noroccidental, pueden no serlo en un medio budista, confucionista o mahometano y viceversa, por lo que los rasgos que definen un trastorno de personalidad en un entorno social pueden ser considerados muy positivos en otros.

La ubicación de esos síndromes en una clasificación internacional es otro problema no resuelto aun. No hay un claro consenso sobre si es mejor hacer de ellos un grupo aparte o diseminarlos según corresponda por las distintas categorías diagnósticas ya establecidas.

Un loable esfuerzo, en este último sentido ha sido hecho por la CIE-10, al sugerir en su versión para investigaciones la posible ubicación de dichos síndromes.

También los chinos, en su "Segundo Manual Revisado", dentro de la gran categoría neurosis y trastornos de causa psicógena, en la subcategoría correspondiente a trastornos psicógenos (Cod.41), han abierto un espacio para los trastornos relacionados con la cultura (41.2), que incluye:

41.20 Koro

41.21 Psicosis inducidas por la práctica de *Qi-gong*

41.22 Trastornos mentales relacionados con supersticiones y hechicerías

41.28 Otros trastornos relacionados con la cultura y:

41.29 Trastornos relacionados con la cultura S.O.E.

Esto resuelve el problema de incorporar a una clasificación general esos síndromes sin desnaturalizarlos, pero no se adentra en el de definir hasta qué punto dichos cuadros pudieran ser equivalentes a otros, que con patoplastia distinta, se rubrican en las distintas categorías de la CIE (Cap.V).

Probablemente, la solución ideal esté en una combinación de los criterios antes expuestos, mediante un ordenamiento que haga posible reflejar la esencia de esos trastornos, de manera que pueda ubicárseles en una categoría general junto a otros de igual naturaleza, pero con distintos "ropajes" propios de sus respectivos entornos y conservar su descripción y las particularidades de su patogénesis.

No obstante, esto está lejos aún de conseguirse, no sólo por el poco conocimiento actual sobre esos síndromes y las dificultades que para su estudio plantean el carácter breve y la baja frecuencia de muchos de ellos, sino también por el formidable esfuerzo que implica mantener a largo plazo el costoso equipo interdisciplinario necesario para desentrañar las imbricadas y profundas raíces de tal problema.

Por ejemplo, muchos de esos síndromes presentan síntomas comunes a muchas afecciones somáticas. Una virosis inespecífica, por ejemplo, producir síntomas, que interpretados a través de una óptica especial pudieran ser relacionados con alguna fuerza sobrenatural, en tal caso, sería la interpretación y no el síndrome quien establecería el lazo de unión con la cultura.

Como podrá apreciarse, algunos de los síndromes de difícil ubicación en la CIE-10 (S.D.U.) que a continuación se describen, no se diferencian grandemente en sus síntomas, de los síndromes neurasténicos, depresivos o disociativos ubicados en F30-F39 o F40-F49, pero si en la interpretación que se les da y en la naturaleza del agente nosógeno implicado en su aparición.

Por otra parte, en sistemas taxonómicos como los actuales, estructurados con base en valores noroccidentales, pretendidamente fenomenológicos y diseñados para tomar en cuenta sólo los aspectos objetivos exteriores y biológicos de la conducta (ver introducción), sería muy difícil encasillar dichos trastornos, cuya esencia radica en lo más íntimo de la Psicología y la Sociología.

BREVE DESCRIPCION DE ALGUNOS DE ESOS SINDROMES

Amok

Cuadro clínico caracterizado por furia homicida no focalizada, sin motivo inmediato aparente (a veces precedido por manifestaciones depresivas), de la cual resultan heridas o muertas varias personas. Puede acompañarse de ideas delirantes de persecución y aparecer como la exacerbación de un cuadro psicótico (crónico o agudo).

El *Amok* (*running Amok*) termina con la muerte, exhaustación o reducción mecánica del paciente. Hay amnesia total sobre lo sucedido durante el período sintomático.

Ocurre típicamente en pacientes masculinos jóvenes, con antecedentes recientes de un evento que ha lacerado su auto-estima.

Desde el punto de vista dinámico se ha relacionado con el carácter rígidamente jerárquico de la cultura malaya y el manejo que en ella se hace de la agresividad.

Síndromes de características similares, han sido descritos entre los indios navajos, en el Caribe, la península escandinávica, Africa y Asia.

Bilis y cólera (muina)

Síndrome caracterizado por un estado de tensión nerviosa con somatizaciones y a veces pérdida de conciencia que se cree debido a una ira intensa que ha "alterado los balances del cuerpo".

Síndrome de DHAT

Término de origen indio usado para denominar un síndrome, cuya manifestación principal es una descarga blanquecina en la orina, que es interpretada como una pérdida de semen (puede verse también en algunas mujeres), y que se caracteriza además por manifestaciones de ansiedad aguda, algias musculares y manifestaciones neuroasteniformes.

Falling out-blackening out-(Colapso Súbito)

Se trata de un síndrome caracterizado por fenómenos disociativos, que recuerda los fenómenos fásicos (parálisis del sueño), que puede ser precedido o no por manifestaciones prodrómicas, y que consiste en episodios durante los cuales el paciente refiere amaurosis (no obstante a tener los ojos abiertos), así como incapacidad para moverse, pero conserva la capacidad para escuchar y entender lo que se habla a su alrededor.

Hwa-byung

Se trata de un síndrome caracterizado por un amplio cortejo de síntomas de corte neurótico, popularmente atribuido a la represión de la ira.

Síndrome de Koro

Koro es un término malayo de procedencia y significado incierto. El síndrome de *Koro* está asociado a la convicción de que el pene (vulva o senos en la mujer) puede retraerse dentro del abdomen y causar la muerte.

Además, esa convicción se asocia a un estado de pánico con temblores y sudores fríos, sensación de desmayo y muerte inminente.

Para evitar que ocurra la retracción del órgano, el paciente lo sujeta manualmente o con dispositivos diseñados al efecto, y es ayudado en esta tarea por familiares y amigos allegados. También se acude a remedios de herboristería, masajes o felación. Ocurre en entornos culturales en que es aceptada la posibilidad de invaginación del pene en el abdomen y su carácter fatal y se ha señalado su aparición en relación con tensiones sociales o personales (relaciones sexuales con prostitutas o en situaciones antihigiénicas, incluso a veces con carácter epidémico).

Síndrome de Latah

Término malayo utilizado para señalar un cuadro clínico que ocurre en personas muy sensibles al miedo o al espanto. Un estímulo atemorizador típicamente dispara un síndrome caracterizado por la interrupción de las actividades normales y una conducta estereotipada en la que puede haber coprolalia, ecolalia, ecopraxia y obediencia automática. Más frecuente en mujeres de mediana edad y situación social marginal.

Entre los factores relacionados con su aparición se han propuesto un grado considerable de sugestibilidad y una pobre autoestima.

Ha sido registrado principalmente en Malasia e Indonesia, pero también están descritos algunos síndromes presuntamente relacionados con él en otras regiones.

Síndrome de manica

Descrito por los médicos de Mozambique entre los ocupantes de los campos de refugiados procedentes de Zimbawe, y caracterizado por alteraciones de la marcha y disminución del tono y la fuerza muscular, junto con síntomas afectivos, y en ocasiones, agitación psicomotriz, lo que unido a los trastornos musculares imprimen un carácter *sui generis* a los movimientos, que hacen parecer a los pacientes como muñecos de hule.

Nota: Este síndrome nos fue reportado por la Dra. Sara Gilda Argudín al Comité de Dirección del GC3.

Nervios

Término usado entre los latinoamericanos en Estados Unidos y algunas zonas de Latinoamérica, así como en el norte de Europa y Egipto, donde se le conoce con otros nombres.

Se caracteriza por una amplísima gama de manifestaciones que incluye síntomas ansiosos-depresivos, somatizaciones, y distintos grados de incapacidades, cuya intensidad y cantidad varían enormemente, y dan lugar a diversos niveles de funcionamiento (desde el normal hasta el psicótico).

Debido a esto, y al hecho de que su aparición es atribuida, tanto a una fragilidad para enfrentar los avatares normales de la vida, como a la exposición a las adversidades de la existencia, resulta imposible relacionarlo con ningún rubro específico de la CIE-10.

Este síndrome tiende a evolucionar en forma crónica con fluctuaciones en la intensidad de los síntomas y afecta preferentemente al sexo femenino.

En Cuba, la población utiliza el término "enfermo de los nervios" para designar la existencia de manifestaciones mentales o somáticas, que:

- a) Son de origen psicógeno y de evolución crónica o al menos prolongada.
- b) Son identificadas como una fuente de sufrimiento o distrés para quienes las padecen.
- c) Tienen un nivel neurótico de funcionamiento, en contraposición al término **locura** (de uso popular para designar la psicosis).

Serían esos síndromes codificables como trastornos afectivos, de ansiedad o de adaptación junto a estados de descompensación, en pacientes con trastornos de personalidad y un buen número de expresiones de sufrimiento y distrés no clasificables en ninguna de las categorías de la CIE-10.

Un término similar, **ataques de nervios**, es popularmente utilizado para señalar un estado agudo de disociación de conciencia con agitación psicomotriz (más raramente síntomas estuporosos), que ocurre generalmente (pero no siempre) como respuesta a situaciones estresantes externas.

Esos **ataques de nervios**, en ciertos entornos subculturales, pueden ser una forma "normal" de manifestar sufrimientos (duelo, por ejemplo), o tener cierta función adaptativa al "ayudar" al sujeto a expresar o subrayar la importancia de determinados acontecimientos u "obtener" ciertas concesiones, que de otro modo no hubiera conseguido.

También pueden ser expresión de un trastorno codificable (categorías F3, F4 ó F6 por ejemplo).

Pa-leng (frigofobia)

Síndrome derivado de un miedo morboso al frío y al viento (a los que se les atribuye, de manera irracional, una acción nosógena). En consecuencia, los pacientes se abrigan en exceso y mantienen un comportamiento fóbico-obsesivo con respecto a estos fenómenos naturales.

Pibloktoq (Histeria del Artico)

Síndrome descrito en la población esquimal y caracterizado por un cuadro disociativo de corta duración generalmente en pacientes femeninas, y durante el cual la persona afectada se desgarrar la ropa, llora, grita, imita el sonido de un animal o pájaro, corre sobre la nieve y se cubre con ella. Se ha registrado también coprolalia, coprofagia y otras actitudes absurdas. El ataque agudo suele estar precedido por pródromos de fatiga, retraimiento, irritabilidad, depresión o confusión durante horas o días, y es frecuentemente seguido por convulsiones, estados comatosos (de varias horas de duración) y amnesia.

Psicosis Periódica, asociado al ciclo menstrual

Descritas en China y tipificadas por su carácter agudo, breve y recurrente (durante el período premenstrual).

Las pacientes muestran excitación psicomotora y síntomas psicóticos transitorios durante los días premenstruales. El cuadro clínico responde bien a la terapia hormonal y hay una recuperación completa intercrisis.

Psicosis del viajero (Traveling Psychosis)

Cuadro psicótico agudo caracterizado por disociación de la conciencia, con alucinaciones, ideas delirantes y conducta desorganizada y violenta (auto y hetero orientada), como por ejemplo ataques (a veces mortales) a otros pasajeros y comportamiento suicida mediante saltos al vacío con el tren en marcha u otras formas, con recuperación espontánea rápida y amnesia.

Ha sido descrito en China entre viajeros que marchan del este al oeste del país en busca de empleo (en menor proporción entre los que regresan).

Más del 95% de los pacientes carecen de antecedentes personales y familiares de psicosis.

La ocurrencia de ese síndrome ha sido asociada a la exhaustación provocada por el viaje en trenes abarrotados e incómodos (no sucede en los trenes con buenas condiciones físicas) al desamparo, temores y expectativas de quienes se separan de su familia en busca de un futuro incierto y no exento de peligros (menos del 20% ocurre durante el "regreso a casa", después de haber ganado dinero en el Oeste).

Qi-Gong

Cuadro clínico diagnosticado con cierta frecuencia en la población de China Continental y en las colonias de inmigrantes chinos en otros países.

Está relacionado con la práctica de ejercicios de energía vital (*QI-GONG*).

Dicha práctica, basada en la hipótesis de la circulación del *QI* (energía vital), a través de los meridianos corporales, es considerada promotora y restauradora de la salud general y mental de quien la realiza, e incluso, puede ser utilizada para curar a otros.

No obstante, se cree que cuando se practica de forma inadecuada o excesiva puede ser causa de diversas manifestaciones mentales, que van desde un paradójico incremento de la ansiedad hasta cuadros realmente psicóticos.

Con el aumento de la popularidad del *QI-GONG* (solamente en China Continental lo practican más de 100 000 000 de personas) ese diagnóstico se ha hecho frecuente por lo que ha sido incluido en el Glosario Chino de la CIE-10.

El susto – Espanto

Cuadro clínico reportado en ciertas sociedades iberoamericanas, donde existe la creencia de que el asustarse fuertemente puede provocar que el alma se escape del cuerpo. Es habitualmente "tratado" por *chamanes* que con su práctica religiosa tratan de restituirle el alma al cuerpo. Es también conocido como espanto, pasmo, tripa ida o *chibil*. Los síntomas típicos pueden aparecer en cualquier momento desde días hasta años después de la experiencia aterradora, e incluye trastornos del sueño, tristeza, falta de motivación, sentimientos de minusvalía, así como dolores musculares, de cabeza, y estómago, diarreas y hasta puede ocasionarle la muerte al paciente.

Cuadros similares han sido descritos en Filipinas, Nueva Guinea y China.

Taijin kyofu sho

Término japonés que significa miedo a interactuar cara a cara con otras personas. No necesariamente miedo a otras personas.

Los pacientes afectados por esa conducta experimentan un profundo miedo (a veces de nivel psicótico) a molestar o "herir" a otros con inadecuaciones suyas (reales o imaginarias).

Esas inadecuaciones incluyen tendencia a ruborizarse, mirar insistente e impertinentemente a los demás, o emitir olores desagradables (casi siempre de carácter imaginario).

Se observa fundamentalmente en varones adolescentes. Su ubicación taxonómica es difícil por tener características propias de los trastornos obsesivos y de somatización, así como de las fobias sociales, aunque, a diferencia de éstas la preocupación se centra en el malestar que pueda causarse a otros y no en el experimentado por el paciente.

Voodoo, Vudú (muerte vudú)

Cuadro clínico descrito en sociedades en que se acepta la existencia de personas ("sacerdotes") con poder **Vudú**, que pueden, gracias a ello, resucitar a los muertos o de producir en otras personas la muerte **Vudú**. Los "muertos vivos" como se les llama, no tienen percatación de sí mismos ni voluntad propia y actúan como autómatas, según los deseos de la persona que ejerce sobre ellos el poder **Vudú**.

No obstante el hecho de que los casos de **Vudú** son raros, aun en Haití, la creencia de la existencia de personas con poder **Vudú** está ampliamente diseminada en ese país y en otras regiones del Caribe. Existen también creencias similares en ciertos grupos de negros norteamericanos (**Root Work**).

Whitigo-Windigo-Wiitigo

Caracterizado por el temor a convertirse o creencia de haberse convertido en un **Whitigo** (especie de monstruo gigantesco comedor de carne humana), registrado en las tribus indoamericanas **Creek, Ojibway y Salteaux**. La mayoría de los pacientes son varones socialmente rechazados o al borde de la muerte. La legitimidad de ese síndrome es actualmente cuestionada.

La convicción de estar poseído por algún "espíritu" u otras fuerzas sobrenaturales se encuentra en la base de algunos síndromes, diseminados en diversas culturas a lo largo del mundo, como el **ZAR, SPELL, SHIN-BYUNG, y el GHOST-SICKNESS**.

También son conocidos en Cuba, y en casi todos los países latinoamericanos, términos como el "mal de ojo" o "el ojo" (asociado a creencias en poderes maléfico en la mirada o el elogio de ciertas personas). En la encuesta llevada a cabo por el Comité de Dirección del GC-3 entre los psiquiatras cubanos, se registró, frecuentemente, la existencia de esas creencias, así como la de los síndromes relacionados con ellas.

Un estado fóbico, relacionado con la creencia de que inmediatamente (o durante 2 ó 3 horas) después de ingerir alimentos, la persona está predispuesta a sufrir un accidente vascular encefálico (embolia en lenguaje popular) ha sido también descrito.

Cierta preocupación a sufrir 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 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.

Los psiquiatras infantiles cubanos ven con frecuencia a niños con cuadros alucinatorios engendrados por creencias espiritistas o de **santería** en el medio familiar.

Tales "visiones" son frecuentes en personas normales con semejante tipo de creencias, pero en muchos casos los niños enferman evidentemente, llegan a aterrorizarse y presentan floridas manifestaciones afectivas.

Es frecuente que haya discrepancias en el seno familiar sobre el carácter enfermizo o sobrenatural de las manifestaciones del paciente.

No obstante el hecho de que muchas veces no se pone en duda la veracidad de esas percepciones, el niño es llevado a la consulta debido a la interferencia de los síntomas con su funcionamiento, a la presión de otros familiares que no dudan del carácter morboso del trastorno e incluso frecuentemente por indicación del propio **espiritista, santero, o chaman** que se percata de lo anormal de la situación.

La citada encuesta arrojó además testimonios sobre un buen número de cuadros clínicos atípicos, de los que no se incluyen descripciones, debido a que algunos de ellos eran variantes (con ribetes culturales propios) de otros síndromes de difícil ubicación ya descritos, o de trastornos codificables en el capítulo V de la CIE-10, o porque existía cierta ambigüedad en su descripción o se trataba de informes de casos aislados.

Una mayoría importante de los psiquiatras refirieron estar o haber estado (tanto fuera como dentro del país) en contacto con grupos humanos que, por sus concepciones sobre la enfermedad mental, cosmovisión general, creencias y condiciones de vida, tienen un modo *sui generis* de interpretar y expresar el distrés y la enfermedad mental, lo que refuerza el criterio de que los mal llamados síndromes culturales son mucho más frecuentes y variados de lo que se cree, como por ejemplo:

Abicú (niño abicú)

Existe, en ciertos sectores, la creencia de que algunos niños son **abicú** o sea, que ejercen un poder maligno sobrenatural sobre otros familiares, especialmente hermanos en los que producen trastornos, enfermedades y hasta la muerte.

Tal creencia, que lleva a una extraordinaria distorsión de las relaciones intrafamiliares y afecta de manera considerable al supuesto "victimario". Es usualmente atendida por **curanderos, chamanes** o personas a quienes se les supone dotadas del poder y los conocimientos para solucionar dicha situación.

Buenos ejemplos de esas creencias populares, capaces de engendrar o modular trastornos mentales, son recogidas en el libro **Temas de Salud Mental**, del Dr. Arnulfo Mateo (República Dominicana), como por ejemplo:

El Bacá o Baká

Seres terribles y perversos en la cultura **Voduista**. Son animales (chivos, perros, caballos, etc.) que protegen las propiedades de la familia, pero que pueden devorar a su dueño si no se les cumple el compromiso hecho con ellos (entrega de un ser querido, miembro de la familia), se cree que pueden ser adquiridos en *L'Arcadie*, importante centro de hechicería de Haití, o "fabricados" mediante el cumplimiento de ciertos rituales.

Dundunes, Gapilotes o Lugarús¹

Son considerados brujos pertenecientes a sectas de origen africano, capaces de convertirse en animales u objetos, y durante esa transformación son inmunes a las balas y al filo de las armas blancas, por lo que debe recurrirse a variados artilugios de magia para eliminarlos.

El Vendegente

Personas que son capaces de vender a otros a Satanás con sólo conocer su nombre.

Afirma el Dr. A. Mateo, que dicha creencia está tan arraigada en medios rurales dominicanos, que muchas personas usan dos nombres, uno supuesto y el real (nombre de bautismo) que sólo dan a conocer por necesidad extrema o en medios muy confiables.

También suelen ser atribuidas a los **vendegentes** las muertes inesperadas en la comunidad, sobre todo si suceden varias en corto tiempo.

Dicho autor considera que el 80% de la población (en los países pobres del Caribe) es atendida por *curanderos* y señala que, a diferencia de la cultura occidental moderna, donde el mal es visto como un fenómeno interno e individual, en Santo Domingo (y otras sociedades más "tradicionales") la perciben como una desgracia producida a la vez, tanto por causas naturales o físicas, como por influjo de fuerzas externas, invisibles y sobrenaturales.

El mal es aceptado en esas sociedades no como un drama individual (unipolar), sino como un proceso bipolar que requiere de dos elementos, la "víctima" y el "victimario", quien de manera solapada trata de producir un daño (**guanga o guangua**) en el primero a través de **luases, espíritus**, etc.

¹ Estos sólo pueden convertirse en perros

Esas e infinidad de otras concepciones y creencias necesitan ser bien entendidas para poder comprender el carácter normal o anormal de los comportamientos de los individuos que viven en esas sociedades, y para diagnosticar y clasificar el trastorno correspondiente.

APUNTES HISTORICOS

INTRODUCCION

Atendiendo al carácter histórico de toda producción del hombre resulta útil un breve recuento que permite apreciar, a través del tiempo, el contexto en que han aparecido las principales clasificaciones dedicadas a recoger los diagnósticos psiquiátricos y algunos de los nombres, entre los que más sobresalieron por sus aportes a la psiquiatría y especialmente a las clasificaciones en esta especialidad.

Como todo hecho científico las clasificaciones reflejan el desarrollo alcanzado por la ciencia particular de que se trate. Los científicos, aún los geniales, son los emergentes de cambios, innovaciones y descubrimientos cuyas bases estaban ya echadas: no es casual la poca distancia en el tiempo que separa las invenciones sobre un mismo tema entre países con igual desarrollo: esto a pesar de los obstáculos que se ponen para que no se divulguen los secretos, así el radar y la energía atómica en la época actual.

Las prodigiosas contribuciones científicas de Newton (1642-1727), no pueden atribuirse sólo a un indiscutible genio, ellas fueron precedidas por siglos de observaciones astronómicas que desde Kepler (1571-1630), Tycho Brahe (1546-1601). Copérnico (1473-1543), y Galileo (1564-1642), se remontan hasta Babilonia (4000 años a.n.e.), Egipto, China y los países árabes. Leibniz (1646-1716), en Alemania, descubrió el cálculo infinitesimal al mismo tiempo que Newton.

Solamente después de un largo período de práctica empírica de observaciones e investigaciones, empieza una ciencia a establecer generalizaciones conceptuales, que permitirán penetrar la esencia de los fenómenos que son de su dominio, y sólo entonces es capaz de una jerarquización ordenada y relativamente estable de sus conocimientos.

Ni la psiquiatría ni la psicología cuentan con milenios de observaciones y experiencia acumulada, trabajo ha costado librarlas de prejuicios mágicos. Y todavía quedan rezagos importantes de este pasado precientífico que se enseñorean en los estratos más atrasados de la población y persisten hasta en la mente de muchos que en otros aspectos de la realidad guían su vida de acuerdo con concepciones racionales, pero que en lo tocante a la enfermedades mentales no están muy lejos de la mentalidad del hombre primitivo, y más aún, se observa a través de la historia como en la lucha siempre presente de lo nuevo que reemplazará a lo viejo tienen lugar períodos en que las fuerzas parecen igualarse y hasta se abren paréntesis en que las influencias regresivas predominan.

Período greco-romano

Antes que las contradicciones propias de la sociedad esclavista decretaran su inevitable caída, griegos y romanos, aprovecharon sus mejores frutos y alcanzaron un nivel cultural tan alto que ha dejado huellas bien visibles en el arte y la ciencia de todos los tiempos, desde los siglos VII y VI a.n.e. hasta la actualidad.

Al principio, los griegos rindieron homenaje a un hombre que devino dios: Esculapio. Es ésta la etapa primitiva y netamente mágica de la medicina griega centralizada en los hermosos templos de Esculapio, donde los enfermos recibían aliento y esperanza en medio del esplendor y la comodidad que caracterizaban a estas instituciones. Allí recibían baños, buena alimentación e instrucciones sobre higiene. Pero lo más característico era el sueño espontáneo o provocado por drogas, durante el cual el enfermo tenía sueños reveladores favorecidos por la sugestión de los sacerdotes, en los que se pondría de manifiesto lo que necesita el paciente para su curación.

A los enfermos mentales, por no considerarlos enfermos, generalmente no se les admitía en los templos, en ocasiones eran lapidados para alejarlos.

Tal culto fue sustituido por las especulaciones racionales, y en su mayoría materialistas, que dieron a las cosas un grupo numeroso de filósofos, entre los que se destacan: Heráclito (576-480 a.n.e.), Demócrito (460-370 a.n.e.), Platón (427-347 a.n.e.), Aristóteles (384-322 a.n.e.) y Epicuro (341-270 a.n.e.).

Por su parte Roma en su expansión estableció contacto con Grecia de la cual asimiló gran parte de su cultura. El materialista Lucrecio Caro (99-55 a.n.e.), seguidor de Epicuro, es un ejemplo destacado de la beneficiosa influencia filosófica de Grecia sobre Roma.

El criterio racional para la explicación de los fenómenos de la naturaleza dio lugar a un desarrollo estable del dominio del hombre sobre la misma. Fue aplicado a la medicina, y dentro de ésta a las enfermedades mentales, por Hipócrates.

Alcmaeon de Crotona, (aprox. 500 años a.n.e.), fundador de la escuela siciliana, discípulo de Pitágoras (580-500 a.n.e.), no estaba interesado en las especulaciones idealista de su maestro sobre la existencia de un alma universal, su interés lo orientó directamente al hombre, dirigiendo sus pasos hacia la observación y la experimentación, buscaba el asiento de la razón y del alma, y los encontró en el cerebro, al que concibió como una glándula que segregaba pensamientos de igual manera que las glándulas lagrimales segregaban lágrimas. Además de disecar animales se cree que fue el primero en disecar un cuerpo humano.

Empédocles (490-430 a.n.e.), considerado por algunos el fundador de la medicina italiana, elaboró la teoría de los cuatro elementos: fuego, tierra, aire y agua, cuyas propiedades básicas eran el calor, la sequedad, la humedad y el frío. Su interés en las secreciones corporales lo llevó a concebir que las alteraciones en la interacción de los fluidos del cuerpo (humores) era la causa de las enfermedades, concepción que sirvió de base a las doctrinas fisiológicas de Hipócrates, cima del pensamiento médico Heleno, quien estableció como etiología básica la ruptura de la armonía entre los humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra). Aceptó de Alcmaeon que el cerebro era el órgano de la razón y en su obra sobre la Enfermedad Sagrada estableció que por intermedio del cerebro es que pensamos, sentimos y soñamos. Además, observó que la locura, el delirio, la aprehensión y el terror que aparecían en la mitad de la noche o en la madrugada procedían del cerebro, y que si éste

era afectado por un exceso de calor, de humedad o de frío se produciría un trastorno humoral que conduciría a la locura.

Los exégetas del Corpus Hippocraticum (76 tratados sobre una gran diversidad de temas) al reunir los nombres asignados a las enfermedades mentales conformaron la siguientes clasificación.

- epilepsia
- manía
- melancolía
- histeria
- frenitis
- paranoia
- transvestismo

Combatió acerbamente el carácter sobrenatural que se atribuía a la epilepsia. Así decía: "A mí me parece que no es más divina ni más sagrada que otras enfermedades, sino que tiene una causa natural que la origina, al igual que las otras enfermedades". Y en otro pasaje: "Si usted abre la cabeza, encontrará el cerebro húmedo, lleno de secreciones y con mal olor. Y de este modo podrá ver que no es Dios quien daña el cerebro, sino la enfermedad".

Llamaba manía a estados de excitación psicomotora. La melancolía que era atribuida a la acción de la bilis negra sobre el cerebro, se usaba para designar a estados depresivos y diversos estados crónicos.

La histeria no era considerada propiamente una enfermedad mental, puesto que la atribuía a que el útero, salido de la cavidad pelviana, pasaba a otras cavidades del cuerpo donde afectaba a los órganos que tocaba y producía paroxismos. Sin embargo Hipócrates recomendaba el matrimonio a las vírgenes solteras afectadas de histerias.

La frenitis servía para designar estados cerebrales agudos con fiebre.

El término paranoia se utilizaba para indicar una forma general o primaria de locura. Aceptación muy lejana al uso que se le da actualmente.

Manifestaciones que hoy conocemos como transvestismo fueron descritas por Hipócrates dentro de determinadas culturas.

Después que Asclepiades (124-? a.n.e.) se ganara el reconocimiento de los romanos rompiendo el prejuicio contra la medicina griega, ésta fue ganando terreno hasta el punto, que a comienzos de nuestra era todo aporte griego era sumamente apreciado. Sin embargo, quizás como una expresión de decadencia del Imperio, la atención de los pacientes psiquiátricos estaba contaminada de oscurantismo y charlatanería.

Arateo de Capadocia quien ejerció en Roma entre los años 30 y 90 aproximadamente, tuvo el mérito de conservarse dentro de la mejor tradición científica médica. Estableció la relación entre las crisis maníacas y depresivas, señalando que eran consecuencias de una misma enfermedad. Nos legó la siguiente clasificación:

- Epilepsia
- Melancolía
- Manía
- Delirium debido a alcohol o drogas
- Demencia senil
- Demencia secundaria

Los pacientes melancólicos descritos por Arateo eran deprimidos psicóticos, pero algunos se corresponden con esquizofrenia y psicosis paranoides.

Como destaca Alexander en su Historia de la Psiquiatría: "El siguiente avance de la medicina romana fue la aparición del más grande de los escritores médicos, **Claudio Galeno de Pérgamo** (años 131-200) cuya autoridad fue prácticamente indiscutida durante los 1500 años posteriores.

Aunque no dejó una clasificación, las enfermedades mentales descritas por él han sido agrupadas así:

- I. Tipo de patología humoral, que incluye a la melancolía en sus múltiples manifestaciones.
- II. Tipo psicopatológico: anoía, moria, parafrósina.
- III. Tipo anatomopatológico: frenitis, histeria, cardiacum.
- IV. Tipo clínico: epilepsia, catalepsia, letargia, carus (estado caracterizado por una grave alteración de la conciencia).

También escribió Galeno un tratado sobre simulación donde hizo mención del delirio simulado.

Edad media

Así que languidecieron las luminarias clásicas con el desmoronamiento del Imperio Romano (siglo V) entró en el mundo en una larga etapa de lento desarrollo donde florece el feudalismo. Período en que el oropel de los torneos caballerescos, con sus galanterías y espíritu de doble sacrificio, no puede borrar la ominosa impresión provocada por la miseria predominante, las epidemias que como vendavales asolaron a Europa, y las desdichadas guerras feudales, incluyendo las absurdas cruzadas. Fue la Edad Media una época caótica y

confusa, marcada por el temor. En que tuvo lugar una regresión al pensamiento irracional existente antes del florecimiento de la cultura greco-romana.

La sociedad buscó en la religión un lenitivo a sus desdichas y la idea de Dios prevaleció por encima de todas.

Tal ideología religiosa tuvo como filosofía la escolástica que buscaba en las viejas escrituras la explicación de las cosas y se aferró a Aristóteles al que introdujo en una estructura dogmática cuya finalidad era la de mostrar la verdad de los dogmas de la iglesia. Así el calificado por Marx como: "El más grande pensador de la antigüedad" fue paradójicamente utilizado como impedimento para el desarrollo de la ciencia y de la libre investigación.

En medicina el dogma cristiano fue todopoderoso, se recurría a los santos para librarse de la enfermedad y la muerte. Los sacerdotes curaban tanto las almas como el cuerpo, por lo que alrededor de sus iglesias se construyeron hospitales para dar cabida a las multitudes de enfermos que buscaban la ayuda de la Divina Providencia.

Hipócrates y especialmente Galeno constituían a mediados del medioevo, casi la única influencia aceptada de la medicina natural. Galeno mantenía que el hombre era una obra perfecta concebida por el creador y que la mano del hombre testimoniaba la sabiduría de Él (aunque sus críticos descubrieron que la mano descrita por Galeno era la de un mono). En esta época de oscuridad la cristiandad no pudo hallar desviaciones en el monoteísmo galénico.

Por otra parte el carácter prolífico de su obra, constituida por más de 400 libros, avenía muy bien con la tónica de los tiempos, dominados por la escolástica en que el saber se buscaba escudriñando en viejos textos y no mediante la observación y la investigación. Durante los cinco siglos siguientes a la caída de Roma los monjes se ocuparon simultáneamente de la teología y la medicina.

De tal modo empobrecida la medicina orgánica, quedó su incipiente rama, la psiquiatría, junto a la psicología, aislada del acontecer científico hasta desaparecer prácticamente como objeto de estudio de la ciencia.

Al vasallaje económico-social determinado por la estructura feudal de la sociedad se añadió el vasallaje espiritual impuesto por la religión de quien dependía la salvación de las almas y cuyos representantes dirigían una encarnizada lucha contra el entonces poderosísimo "enemigo" del hombre: Lucifer.

Dentro de una concepción tan idealista del mundo fue fácil vincular los fenómenos mentales a la salvación de las almas. La fe y la moral se relacionan con la psicología y la extraña conducta de los psicóticos atrajo la atención de los demonólogos quienes estaban obligados a poner en evidencia a las víctimas del diablo reconociendo las marcas que éste hacía en sus colaboradores para poder utilizarlos posteriormente.

Muchos signos que en el siglo III formaban parte de la "stigmata diaboli", conformaron luego el cuadro clínico de la "gran histeria" de Charcot. En su afán de combatir a Satanás los clérigos estaban obligados a estudiar minuciosamente su presencia a través de síntomas de la más diversa índole. Lo que indirectamente sirvió para enriquecer la psiquiatría que por esta época apenas se distinguía de la demonología.

Postular que las enfermedades mentales son manipulaciones del demonio no disminuyó el número de pacientes. Antes bien aumentaron las psicosis y las neurosis en número y variedad, al par aumentaron los esfuerzos por describir y clasificar síntomas de las afecciones psiquiátricas. Los hechos eran los mismos, la interpretación diferente.

Así las cosas el tratamiento de las enfermedades mentales no se distinguía del exorcismo. Sin embargo, durante la primera parte de la Edad Media puede atribuirse al concepto cristiano de la caridad la aplicación de medidas humanitarias que sirvieron de alivio a los pacientes psiquiátricos.

Ya avanzada la segunda mitad comienza la medicina a desprenderse de la teología al recibir esta disciplina las corrientes renovadoras procedentes de los países árabes, a través de diversas vías, especialmente por las cruzadas (1096-1270).

La ciencia entre los árabes no experimentó el gran letargo medieval de los países cristianos. Entre los tratadistas médicos se destacan Rhazes (865-925), gran médico persa seguidor de Aristóteles en su concepción del psiquismo humano y Avicena (980-1037), poeta, filósofo y médico, también persa, autor de los Cánones de la Medicina, obra reconocida universalmente, usada como libro de texto tanto en centros islámicos como del este de Europa.

La civilización árabe resplandeció en España donde confluyeron los aportes científicos de griegos, latinos y hebreos. Desde allí se difundieron las contribuciones a la medicina, de Avenzoar (1073?-1162) y su discípulo Averroes (1126-1198), médico, jurista y filósofo árabe condenado por la Santa Sede.

La escuela médica de Salerno contribuyó a eliminar de la medicina la influencia eclesiástica, pero debido a la concepción dualista predominante, que separaba categóricamente el cuerpo del alma, a la que se atribuía un origen sobrenatural, la psicología, más afín al alma, se retrasó en la eliminación de los resabios teológicos.

Sin embargo, también aquí se hizo sentir la influencia positiva de los árabes, puesto que los musulmanes mantenían que Mahoma había predicado que los locos eran preferidos de Dios y estaban por él predestinados para decir la verdad.

Constantinus Africanus (1020-1087) fundador de la escuela de Salerno tenía influencia clásica y árabe por lo que hacía uso en el tratamiento de los pacientes psiquiátricos de

recursos benévolos tales como dietas apropiadas, música, baños, ejercicios físicos y gratificación sexual.

El desarrollo de la asistencia psiquiátrica en Rusia se caracterizó por la benevolencia hacia los enfermos mentales, mientras que el resto de Europa quemaba a miles de pacientes considerados endemoniados, en Rusia eran tenidos por personas enfermas y no se les consideraba responsables de sus actos. Fueron excepcionales los casos de enfermos psíquicos sometidos a procesos y juicio.

A comienzos del siglo XI, al mismo tiempo que se fundaba el monasterio de Kiev-Pechersky, se construyó el primer establecimiento hospitalario en que junto con otros desgraciados, se amparaban a los enfermos psiquiátricos.

Otro país que se distinguió porque desde muy temprano se preocupara por proporcionar asistencia a los enfermos mentales, fue España . El 24 de Febrero de 1409, un fraile mercedario hizo un llamamiento a los fieles haciéndoles ver la necesidad de dar debida asistencia a tales enfermos. La respuesta a su llamamiento fue la erección de una "Casa de Orats" bajo la advocación de "Nostre Donna Sancta María del Innocents". En 1425 Alfonso V de Aragón funda el asilo de Zaragoza que siglos después fuera encomiado por Pinel. El Hospital de Inocentes de Toledo se fundó en 1840 por el médico apostólico Francisco Ortiz quien hizo inscribir sobre el frontispicio: "Mentis Integrae Sanitati Procurandae".

En el siglo XIII comienzan a disiparse las brumas medievales apareciendo señales inequívocas del despertar del intelecto y la curiosidad por conocer de veras el mundo para encontrar explicaciones objetivas a los fenómenos naturales, incluyendo la enfermedad, la vida y la muerte.

La erudición libresca que había orientado a Europa durante siglos empezó a retroceder dejando paso a la práctica, la razón y la investigación científica.

Del más genuino representante de la escolástica, responsable en gran medida de la lenta evolución de la psicología de la época, **Santo Tomás de Aquino** (1225-1274), reproducimos una lista de las denominaciones que él dio a los trastornos psiquiátricos que describiera:

I. Estado de origen sobrenatural:

alucinaciones y locuras debidas a la acción de los demonios.

II. Estados de origen natural:

1. estulticia
2. epilepsia
3. frenesí
4. letargia
5. manía

- 6. melancolía
- 7. insania, amencia.

Renacimiento

La verdadera incorporación de la psicología y la psiquiatría a la ciencia tuvo lugar en medio de un amplio proceso de desarrollo acelerado conocido entre nosotros por Renacimiento. Comienza a mediados del siglo XV.

Del mismo ha dicho Engels que "fue la más grande revolución progresista que la humanidad había vivido hasta entonces, una época que necesitaba gigantes y engendró gigantes: gigantes en pensamiento, pasión y carácter, en multilateralidad y sabiduría. Los hombres que fundaron el moderno dominio de la burguesía eran cualquier cosa, menos burguesamente limitados".

Esta época en que los reyes apoyándose en los burgueses quebrantaron el poder de la nobleza feudal, que hizo desaparecer los fantasmas de la Edad Media, fue una época de grandes contrastes y no estuvo ajena a la oposición de la iglesia que avizoraba el fin de su poder político-social. tanto las jerarquías católicas como las protestantes compitieron en la utilización del terror: Terror ante el que sucumbieron millones de hombres, mujeres y niños hasta de 9 años de edad. Así mientras el católico Vives defendía desde Inglaterra una concepción humanista del hombre y su gran amigo Tomás More (1478-1535), uno de los fundadores del socialismo utópico, denunciaba la propiedad privada como origen de todos los males sociales, dos teólogos dominicos publicaban en 1487 el más autoritario y cruel documento de la época, el **Malleus Maleficarum** -"El martillo de las brujas"- en que al describir con esmerada precisión a hechiceros y hechiceras lo hacía de manera tal que no había enfermo mental que no pudiera quedar comprendido entre los mismos. Así fueron llevados a la hoguera miles y miles de esquizofrénicos, histéricos, retrasados mentales, etc. Sin que ello impidiera quemar también a políticos, filósofos y científicos avanzados como Miguel Servet (1511-1553), médico y humanista español, descubridor de la circulación pulmonar de la sangre, y Giordano Bruno (1548-1600), monje dominico, acusado de herejía por mantener las ideas científicas más avanzadas de su época cuales eran la concepción del universo de Copérnico enriquecida por él con ideas tales como la existencia de un número infinito de mundos.

Hasta América llegó la siniestra epidemia que asoló a Europa. Extinguida en Francia desde Colber quien en 1682, por recomendación de Luis XIV (1633-1715), eliminó la pena de muerte como castigo de la hechicería, apareció en EE.UU. cuando en 1691 y 1692 fueron juzgadas 150 personas en la pequeña ciudad de Salem. Cincuenta fueron condenadas, 2 murieron en prisión, 1 murió a consecuencia de las torturas recibidas y 19 fueron ejecutadas en la Colina de la Horca.

Aquí también se ofrendaron histéricos y otros tipos de enfermos mentales que agobiados por la sugestión patológica engendrada por un medio enrarecido por el fanatismo y el

oscurantismo religioso, confesaron como ciertas las habituales fantasías de posesión diabólica y uso de artes hechiceras.

No se extendió el ejemplo a otras latitudes del Nuevo Continente, pero el espíritu que animara estas prácticas paganas, retrógradas, crueles y autocráticas no se extinguió del todo y así, tan tarde como en 1928, diría el reverendo Montague Summers, en el prólogo de su traducción al inglés del **Malleus Maleficarum**, al hablar de las brujas en cuya existencia creía todavía:

"Sus objetivos pueden ser recapitulados, como la abolición de la monarquía, la abolición de la propiedad privada y de la herencia, la abolición del matrimonio, la abolición del orden, la abolición total de la religión. Fue contra esto que la inquisición tuvo que luchar y a nadie sorprendería que los métodos empleados por el santo oficio ante conspiración tan vasta, pudiera parecer -si nos olvidamos de las terribles condiciones imperantes- un poco drásticos o un poco severos. No puede haber duda de que si este excelentísimo tribunal continuara disfrutando completamente de sus prerrogativas y en el pleno ejercicio de su saludable poder, el mundo de hoy sería, con mucho, más feliz y ordenado. Los historiadores pueden señalar diversidades y disimilaridades entre las enseñanzas de los Waldenses, las Albigenses, los Henricians, los Pobres Hombres de Lyon, los Cathari, los Vaudois (otra denominación de los Waldenses), los Bogomiles y los Maniqueos, pero ellos son en realidad ramas y variantes de la misma fraternidad oscurantista, lo mismo que la Tercera Internacional, los Anarquistas, los Nihilistas y los Bolcheviques son en cada caso, salvo por la etiqueta, enteramente idénticos".

Es verdaderamente sorprendente el poder que tiene, para confundir y crear un fanatismo intransigente, la propagación sistemática de ideas que apelan a los aspectos más irracionales y primitivos de la mente humana. A más de 4 siglos del **Malleus**, todo un reverendo de una sociedad desarrollada (Inglaterra) era capaz de sustentar ideas ultrarreaccionaria que evidencian, ya no una desviación, sino un verdadero caos ideológico.

Más adelante el dramaturgo Arthur Miller utilizó los horrores de Salem como paradigma para combatir la represión política extremista que estimula y aprovecha posiciones fanáticas.

Vives

A pesar de su corta vida, Juan Carlos Vives, nacido en Valencia en 1492 y fallecido en Brujas en 1540 parece ser el más destacado del Renacimiento en lo que a psicología se refiere, además de expresar ideas muy avanzadas en lo tocante al tratamiento de los enfermos mentales. Sus contribuciones al respecto sobrepasaron no sólo a las de cualquiera de sus contemporáneos, sino a la mayoría de los que lo siguieron por un período de 3 siglos.

El católico Vives dominaba perfectamente las sinuosas abstracciones y las enredadas sutilezas del pensamiento dominado por la escolástica, pero a la vez sentía profundamente que ésta no tenía nada que ver con la vida.

Recomendaba buscar en la naturaleza la fuente del conocimiento y aseguraba que "todo lo que contiene el arte ha estado primero en la naturaleza, tal cual las perlas están antes en las ostras y las gemas en la arena". Mantuvo que los intelectuales tenían más que aprender de la naturaleza y de los trabajadores comunes, que de príncipes y pomposos profesores. "Los estudiantes no deberían avergonzarse de entrar a tiendas y fábricas para preguntar a los artesanos sobre detalles de su trabajo".

Su interés por el sufrimiento del hombre lo llevó a escribir sobre cómo ayudar a los pobres y en su obra **De subventiones pauperum** abogó por una ayuda organizada estatal y no a través de sociedades filantrópicas de carácter privado. También criticó la limosna como modo de expresión de la caridad cristiana, aduciendo justamente que como ayuda personal resultaba insuficiente y no contribuía en nada a resolver los problemas sociales.

Vives no se preocupó solamente del infortunio que generaba la pobreza, también por los enfermos del cuerpo y de la mente, y razonaba que si lo mejor del mundo es el hombre y lo más valioso de éste la mente, debería dársele una atención especialísima y por lo tanto que es un altísimo servicio el que se presta al hombre cuando se le ayuda a recuperar la salud mental. Además de los remedios necesarios para curar, recomendaba que se diera atención a los pormenores de la vida, puesto que algunas formas de locura eran producto del infortunio. Siempre será necesario, decía, el buen trato, de manera gentil, sin burlarse jamás ni excitar los pacientes para verlos hacer el ridículo. Encomiaba la tranquilidad espiritual como recurso terapéutico, aunque admitía que en algunas ocasiones era indispensable la restricción física, ésta debía hacerse de manera tal que no se aumentara la violencia del enfermo.

Vives entendía que era necesario un conocimiento profundo del psiquismo humano para el desarrollo de la filosofía, la educación, el arte y las ciencias.

Aparte de Aristóteles, fue el primero en describir las asociaciones mentales y el primero en señalar el origen emocional de algunas de ellas, y cómo a través de las mismas no sólo volvían a la mente cosas olvidadas sino que también se podía revivir las emociones asociadas a éstas.

Sin llamarlo por su nombre, tuvo atisbos de procesos inconscientes, como cuando dijera que a veces uno no se da cuenta de haber percibido cosas que luego aparecen en la mente como nuevas, mediante mecanismos asociativos.

A pesar de su alto aprecio por el hombre, Vives describió sus impulsos egoístas, sus apetencias instintivas y cómo, cuándo eran bloqueadas, se producía como respuesta a la cólera. También disertó sobre la coexistencia de afectos opuestos, cual es la mezcla de

amor y odio, a lo que muy luego Bleuler, bajo la influencia de Freud, llamara ambivalencia. Llegando a plantear lo que ahora conocemos como sublimación al determinar que ciertas tendencias naturales del carácter egoísta se transformaban en emociones de gran valor social.

Weyer

Johans Weyer (1515-1588) nació en Greva, por lo que es considerado por algunos, holandés, y por otros Alemán de la Renania. Fue un médico que practicó ampliamente la medicina a la que contribuyó con observaciones originales. Tenía un espíritu investigativo y una rectitud de criterio que lo condujo a enfrentarse sin aspavientos, pero con eficacia y valentía a las poderosas fuerzas de la Inquisición y la Curia. No estuvo ajeno al peligro y ya viejo tuvo que acogerse a la protección de la Condesa de Tchlzburg. Defendió sin vacilación la creencia de que los hechiceros y hechiceras eran enfermos psiquiátricos. Aunque creyó que el diablo podía afectar a algunas personas, que resultaban pobres víctimas del enemigo y no seres nefastos a los que había que sacrificar, pero éstos eran los menos.

Vivió de manera honorable, pero sin pompa y murió con honor a los 73 años de edad. Donde quiera que se anunciaba una bruja condenada a la hoguera allí iba Weyer dispuesto a demostrar que no era más que una inocente enferma que debía ser tratada por los médicos y no pasto de las llamas.

Fue aprendiz durante 3 años de otro grande de la época: Cornelio Agripa (1486-1535), pasando después a París donde estudió medicina.

Se considera que fue el primer especialista en psiquiatría y por tanto el fundador de la especialidad, a la que aportó minuciosas descripciones que sirvieron de fundamento a la que luego constituyó la psiquiatría clínica.

Combatió el dogma y contribuyó a separar la psicología médica de la teología mediante estudios empíricos basados en la observación del hombre y el estudio de las relaciones humanas.

Podríamos epitomizar su conducta médica con las frases citadas por Zilboorg en su Historia de la Psicología Médica: "ama al hombre" ... "destruye el error y combate la verdad, sin crueldad".

No elaboró una clasificación de enfermedades psiquiátricas, pero sus profundos conocimientos de la clínica le permitieron describir varias entidades con los síntomas que las caracterizaban así: **epilepsia, psicosis tóxicas, psicosis seniles, delirios, paranoia, locura de dos, depresión, histeria y pesadillas.**

Platter

La creciente importancia de la observación directa como criterio de verdad, característica del Renacimiento, condujo a Felix Platter (1536-1614), médico suizo, a penetrar en las oscuras mazmorras donde habitaban los locos del pueblo (Basel) y convivir con ellos un largo período de tiempo. Emergió de allí con datos obtenidos de primera mano con los que enriqueció la naciente psiquiatría, a la que aportó el primer libro de medicina del siglo XVII que trataba sobre las enfermedades mentales y su clasificación. Era un organicista, pero no pudo sustraerse a la influencia de la época y hubo de admitir la participación del demonio en la aparición de la locura.

Clasificación de Platter

I Imbecillitas mentis (retraso mental y demencia).

1. Hebetudo mentis (Idiocia)
2. Tarditas mentis (Imbecilidad)
3. Imprudentia seu Defectus iudicii (Debilidad Mental)
4. Oblivio (Olvidos)
5. Memoria inminuta (Trastornos graves de la memoria)

II Consternatio mentis (Alteraciones de la conciencia).

1. Somnus profundus (Sopor, como el que produce el alcohol)
2. Sopor gravis (Coma)
3. Sopor cum febre or Lethargus
4. Sopor cum delirium
 - a) Cataphora (Coma fluctuante)
 - b) Coma agrypnion (Coma vigil)
 - c) Ecstasy (Estado de trance o éxtasis, suspensión de los movimientos y las sensaciones)
5. Stupor cum resolutione (Apoplejía y estados similares)
6. Stupor cum convulsione
7. Stupor vigilans (catalepsia)
8. Stupor remanente motu (Estupor en que se conservan movimientos significativos y actitudes)

III. Mentis alienatio (Psicosis)

1. Stulticia
 - a) Moria
 - b) Fatuitas (Demencia)
 - c) Infantia (Conducta pueril, tontería)
2. Temulantia (Embriaguez y otras intoxicaciones)
3. Commotio animi (Emociones violentas y estados pasionales)

- a) Amor animi commotion species (Mal de amores)
- 4. Melancholia
 - a) Hypochondriasis
 - b) Lykantropy (Zoantropía en que el enfermo se cree lobo)
 - c) Misanthropia (Misantería, aversión a las relaciones humanas)
- 5. Manía (Furor)
 - a) Hydrophobia
 - b) Saltus - Viti (Corea)
- 6. Phrenitis (Delirium febril)
- 7. Paraphrenitis (Trastorno encefálico agudo febril sin *delirium*)

IV. Mentis defatigatio (Exhaustación mental)

1. Insomnia graviora (Desvelo provocado por exhaustación)

Además de estos estados "naturales" Platter describió otros a los que consideraba "sobrenaturales".

Tanto es el mérito de Platter que si hacemos abstracción de la esquizofrenia y las psicosis paranoides, podríamos hoy día incluir en esta clasificación la mayor parte de las psicosis y las diversas formas de retraso mental. Era sumamente buena para su época.

De la obra de Vesalio (1514-1564), Vives, Paracelso, Cornelio Agripa, Weyer y Platter y muchos otros hombres geniales y valerosos, fue tomando forma una imagen más honesta del hombre, más integral y objetiva, mediante la aplicación de principios fundamentales tales como la observación directa, tan cara a los sabios del Renacimiento. Vives recomendaba observar la naturaleza y entrar en contacto con la gran masa de los trabajadores. Weyer realizó investigaciones sorprendentes para su época, tal cual la de llevar a una niña a vivir a su propia casa para demostrar que nadie podía pasar un año sin comer ni beber, como habían admitido las autoridades de su época. Paracelsos y Agripa fueron valientes iconoclastas, quienes además de enfrentar a la iglesia, la emprendieron contra los dogmas galénicos, y Platter bajó a los sótanos donde estaban los enfermos mentales y los observó de cerca mientras convivía con ellos.

Un último reconocimiento dedicado al suizo Teofrasio Bombast Von Hohenheim (Paracelso, 1493-1541), investigador genial, aunque muchas veces incomprensible y desorganizado, a quien se considera uno de los fundadores de la medicina experimental.

Precursor en psicoterapia, postulando que los trastornos psíquicos debían ser tratados por métodos psíquicos, hizo uso de la sugestión, de la dirección de la conducta mediante consejos y orientaciones, del estímulo y el uso de la razón para enfrentar las perturbaciones psicológicas.

Puso de manifiesto el origen mental de la "corea lasciva" a la que calificó como producto de la imaginación perturbada por creencias mágicas, añadiendo que en los niños se producía mediante un proceso de fascinación sensorial que daba lugar a que inconscientemente transformaran en fantasía lo percibido por la vista y el oído. Merece destacarse una alusión tan apropiada al carácter etiopatogénico de los procesos psíquicos inconscientes en una época tan primitiva del desarrollo de la psiquiatría.

Siglos XVII y XVIII

El relevo de estos audaces no se hizo esperar, a ellos correspondió fundamentalmente denunciar la falsedad de los fundamentos que mantuvieron al feudalismo, la escolástica y la ciencia dogmática del período medieval, logrando la brecha por la que se introdujeron los sólidos pilares de una concepción científica del mundo, la que a través de los siglos se hiciera cada vez más eficiente para resolver los problemas de la humanidad, ganando así para siempre la conciencia humana.

El Renacimiento había descubierto al hombre y a continuación científicos y pensadores habrían de encarar otra realidad tan transcendente como aquella, y es que el hombre procede de la naturaleza y que no existe en ella como señor de la misma sino como su producto; ésta no existe para él sino por la evolución de ella. Así dijera Baruch Spinoza (1631-1677) que la naturaleza es Dios, puesto que es causa y esencia de todo lo que existe y destaca Engels que en la "causa sui" de Spinoza, el mundo, se explica por sí mismo, lo que calificó como alto honor para su filosofía, ya que viera tales verdades a pesar de la limitación de los conocimientos contemporáneos sobre ciencias naturales. No le fueron a la zaga Locke (1631-1704), Bacon (1561-1626) y Hobbes (1588-1679) quienes con una enérgica concepción materialista penetraron las complejidades del funcionamiento mental, destacando el papel de las asociaciones de ideas, la influencia de las emociones sobre el pensamiento y el papel pristino del mundo exterior, a través de las sensaciones, en la formación del intelecto.

Caorge Stahl (1670-1734) médico alemán, contribuyó a rescatar al hombre de la teología al postular una fuerza vital que separaba a los seres vivientes del mundo inanimado, pero que era compartida por animales y humanos. Lo que evidentemente favoreció, a pesar de su vitalismo, el desarrollo de la biología al permitir una concepción unitaria de la naturaleza que serviría luego para negar la esencia divina del hombre al vincularlo al reino animal, sometiéndolo a sus leyes.

También combatió Stahl la dicotomía "cuerpo-mente", que impedía la comprensión de las enfermedades y particularmente las enfermedades mentales. Describió reacciones psicológica que aparecían en afecciones somáticas que tardaron doscientos años en ser redescubiertas.

En la medida que su fuerza vital pueda relacionarse de algún modo con los conceptos actuales del instinto, impulso o determinante biológico, podemos considerar que contribuyó

a la comprensión de la participación de efectos y emociones en la conducta humana; y así decía de, "la aparición súbita y los efectos grandes y rápidos sobre el cuerpo, provocado por las pasiones".

Podemos considerarlo un precursor de la medicina psicosomática; anticipó que los sueños podían relevar afecciones corporales desconocidas y en su Teoría Médica Vera trató sobre las enfermedades mentales.

A través del siglo XVII se afincan cada vez más los fundamentales de las ciencias, y ya en el XVIII están bien definidas las características de la época: **observación directa de la naturaleza, sensualismo, empirismo, dominio de la razón, ordenamiento científico y etapa en que se produce el tránsito del feudalismo** al capitalismo con su secuela de guerra y grandes revoluciones: la inglesa en el siglo XVII y la francesa en el XVIII. Las que con otras menos notables aseguraron el advenimiento de la burguesía al poder.

Debido al dominio de la Iglesia, las primeras revoluciones burguesas tuvieron un matiz religioso y se desarrollaron en nombre de las reformas protestantes. Salvo en Francia, donde la revolución proclamó abiertamente los ideales políticos de la burguesía.

Al quebrantarse el poder temporal de la Iglesia ésta perdió su posición predominante en la filosofía y en las ciencias.

"Nada está por debajo de la ciencia, nada por encima de ella" decía Bacon, y añade en el Nuevo Organon: "el hombre, servidor e interprete de la naturaleza, sólo obra y entiende lo que le permiten sus observaciones sobre el orden de la naturaleza; ni sabe más, ni puede más". Más adelante: Debemos aplicarnos a la naturaleza y no a los libros, tradiciones y autoridades..." "Querer ir más allá de Aristóteles con la sola luz de Aristóteles, es como pensar que una luz prestada puede aumentar la luz original de donde la hemos tomado".

Julien Offray La Mettrie (1709-1751), materialista francés, quien desempeñó un papel importante en la preparación ideológica de la Revolución Francesa, gran médico y como tal fundaba sus concepciones en la ciencias naturales. En "El Hombre Máquina", una de las obras más célebres del siglo XVIII, asimila el organismo a un mecanismo extremadamente complejo y se esfuerza en explicar los fenómenos fisiológicos según las leyes de la mecánica. Para él los fenómenos psíquicos dependen sólo de los estados del cuerpo. Habló del perfeccionamiento gradual de los seres orgánicos mediante conceptos evolucionistas.

Claude Adrien Helvetius (1715-1771), seguidor de las ideas de La Mettrie y también precursor de la Revolución Francesa; más afortunado que La Mettrie que sufrió persecuciones y destierro por parte del clero; se hizo rico y consiguió posiciones y honores.

Afirmó que todas las ideas del cerebro humano derivan de la realidad material, que la vida psíquica del hombre depende de su estructura corporal y que el carácter del mismo, lejos de ser innato, está condicionado por la experiencia y el medio que lo rodea.

Antiagnóstico y Ateo dijo que Dios residía "en la ignorancia de los unos y la impostura de los otros" y que la conciencia no era la voz de Dios, sino el miedo a la policía.

El mundo se movía francamente hacia el materialismo y con ello crecía el apoyo a la concepción organicista de la psiquiatría, puesto que mientras se avanza por los senderos de la filosofía sin llegar a una concepción dialéctica de la naturaleza y la sociedad, no es fácil concebir el carácter materialista de los fenómenos psicológicos.

Al paso que la observación directa y la investigación científica se desarrollaban, se ponía de manifiesto que no se encontraba relación alguna entre los mentados humores y las patologías que se les atribuía. El cerebro no estaba invadido por negros humores, no se podía apreciar con precisión a qué se referirían conceptos tales como cerebros húmedo y seco; más difícil aún era dar con el asiento del fuego en el corazón y con las almas o espíritus, vitales o no vitales; a pesar de gran poder patogenético que se les atribuía.

A las respuestas a estas inquietudes dedicó Juan Bautista Morgani (1682-1771), toda una fructífera vida. Sus notas sobre 800 autopsias publicadas en 1761 con el título: "De Sedibus et Causis Morborum per Anatomis Indagatis" (De la localización y causas de la enfermedad investigadas anatómicamente) constituyen uno de los documentos médicos más valiosos de todos los tiempos. El interés de Morgani no se reducía a las alteraciones estructurales; ni siquiera a las causas de muerte del caso en cuestión, él confrontaba cuidadosamente los datos de la historia clínica con los hallazgos de autopsia para sacar consecuencias de índole general en relación con la anatomía patológica y la etiología.

Esta búsqueda del asiento de la enfermedad incluyó al cerebro y dio lugar a que John Haslam (1764-1844), director del asilo del Alienados de Bethlehem (Londres) describiera con tal minuciosidad las alteraciones cerebrales de sus pacientes fallecidos, que se ha podido identificar a través de ellas el primer caso reportado de sífilis cerebral.

Mirados con pupila de psiquiatra ocupado en clasificar enfermedades, los rasgos más destacados de los siglos XVII y XVIII fueron el humanitarismo y el orden basado en la razón.

Al racionalismo, la observación mediante la experimentación y la clasificación, tres tendencias básicas del siglo XVIII, se añadió el carácter reformador consustancial con los bruscos cambios sociales. Cuando los revolucionarios de Francia (1789-1794), proclamaron los derechos inalienables del hombre se decidió el destino de los alineados que fueron entonces considerados seres infortunados, pobres enfermos dignos de conmiseración.

En Inglaterra John Howard (1726-1790), alguacil de Bedfordshire, abogó por mejores condiciones de vida para los presos.

El médico escocés John Pringle contribuyó a mejorar las condiciones de los prisioneros de guerra mediante un organismo neutral precursor de la Cruz Roja. En general se tendió a mejorar los pobres del mundo, al paso que la salud pública se empezó a considerar como una obligación ineludible del estado. E incluso, Wilhelm Hufeland (1762-1836) planteó la salud mental como un problema de la comunidad. Correspondió a Philippe Pinel (1745-1826) ser, sino el primero recuérdese a Soranus (93-138) - si el más recordado entre los médicos que libraron de cadenas a los psicóticos. Al hacerse cargo de la administración de Bicetre en 1793 desató a los pacientes, los sacó del encierro en que vivían y los trató bondadosamente. Dos años después hacia lo mismo en la Salpêtrière.

Nació en Saint André. Su padre era médico. Se interesó por la filosofía clásica y luego por Lucke y Condillac.

Estudió matemática y fisiología, se graduó de médico en Toulouse.

Pasó a Montpellier y de allí a París ejerció hasta su muerte.

Austero, amable, sensitivo, afectuoso aunque algo distante, era además adaptable y valiente. Pinel fue un hombre de su época que siguió sus lineamientos en cuanto al cambio social y a la moral pública. Participaba en la creencia de que una transformación social científicamente dirigida podría cambiar al hombre y sus destinos.

Observaba cuidadosamente a sus pacientes en los que describió las alucinaciones, aunque sin nombrarlas, la fuga de ideas y contribuyó a la incipiente semiología de su tiempo diferenciando los trastornos de la atención, la memoria y el juicio.

Pinel se percató de que los comienzos de la psicología médica se retardaban debido al uso dogmático de las concepciones de Galeno y las obsoletas teorías humorales, advertía sobre la conveniencia de no confundir la ciencia de los hechos con especulaciones metafísicas y ficciones fisiológicas tales como la presencia de materias irritante en el corazón, o la intemperancia y el cúmulo de sangre en el cerebro.

Mantuvo las posibilidades etiológicas de la herencia, la educación y las pasiones.

Las clasificaciones de Pinel ocuparon los extremos de la escala en lo que se refiere a complejidad y extensión: desde una sumamente pormenorizada al estilo de Sauvages, a pesar de las críticas que hiciera a este autor; hasta otra tan simple como la que reproducimos a continuación, puesta en uso después de sus experiencias en los hospitales Bicetre y Salpêtrière.

Se compone de cuatro categorías fundamentales:

1. Manía (todos los estados con excitación aguda o furia).
2. Melancolía (estados depresivos, delirios pobres, limitados).

3. Demencia (falta de cohesión en la ideas).
4. Idiotismo (incluye la idiocia y la demencia orgánica).

La abundancia abrumadora de datos y hechos científicos que se produce en el siglo XVIII obliga a la adopción de sistemas y clasificaciones que permitieran asimilar y dar orden y sentido a la marea creciente de información proveniente de todas las ciencias.

No escapó a tal influencia la medicina ni tampoco la todavía incipiente psiquiatría; las que se movían, desde Hipócrates y Asclepiades, quienes propugnaban la alteración humoral, el primero, y la tensión o relajamiento anormal de los tejidos, el segundo; hacia las más actuales concepciones de Sydenham quien luchaba contra las especulaciones metafísicas de humoristas y solidistas oponiéndoles la etiología específica y la diversidad de procesos patológicos en su concepción de las alteraciones de la salud. A las que aplicaba el concepto de enfermedades que afectan a un organismo, y no el de un proceso prácticamente único que podía evolucionar de diferentes maneras dando lugar a cuadros clínicos diversos.

Sydenham luchó por reducir las enfermedades a especies definidas, y dejar de lado las hipótesis y la aplicación de sistemas filosóficos para la explicación de los trastornos morbosos, propugnando la descripción cuidadosa y esmerada de los procesos patológicos para definir cuadros clínicos precisos que permitieran su agrupación y clasificación consecuente.

La nosología sistemática se inaugura en medicina con Francois Boissier de Lacroix (1706-1777), más conocido por Sauvages. Fue un seguidor de Sydenham oponiéndose a la opinión de que las enfermedades eran procesos desordenados debido a una naturaleza debilitada, por lo que no era posible una descripción sistematizada de las mismas.

Gran amigo de Linneo (1707-1778), dio lugar a que éste, siguiendo sus pasos, publicara su *Genera Morborum*, lo que hizo, según Menninger, con el solo propósito de revisar y completar la nosología de Boissier.

Sauvages fue un médico; botánico y erudito que vivió en Montpellier y escribió un pequeño libro titulado **Traité des Classes des Meladies** en que agrupó las enfermedades en clases, órdenes y géneros.

La octava clase llamada demencia que incluía la casi totalidad de las enfermedades mentales se subdividía en cuatro órdenes y veintitrés especies. Así:

Orden I. Trastornos de origen periférico, extracerebral.

1. Vértigo
2. "Berlue" (relacionado con pseudopercepciones visuales)
3. Diplopia
4. Tintoin (relacionados con pseudopercepciones auditivas)

5. Hipocondriasis
6. Sonambulismo

Orden II. Trastornos de la vida instintiva y emocional.

7. Pica
8. Voracidad
9. Polidipsia
10. Antipatía (comprende las hoy llamada fobias)
11. Nostalgia
12. Panofobia
13. Satiriasis
14. Ninfomanía
15. Tarantismo
16. Hidrofobia (rabia)

Orden III. Trastorno de la vida intelectual.

17. Parafrosina (delirio tóxico o febril)
18. Demencia o Amencia
19. Melancolía (véase después su subdivisión)
20. Manía
21. Demonomanía (considerada por Sauvages una enfermedad natural)

Orden IV. Locuras irregulares.

22. Amnesia
23. Insomnio

La melancolía se dividía en catorce especies:

1. Melancolía ordinaria
2. Erotomanía (mal de amores)
3. Melancolía religiosa
4. Melancolía imaginaria (hipocondría, enfermedad sin base somática)
5. Melancolía extravagante
6. Melancolía atónita (estupor melancólico)
7. Melancolía vagabunda (con necesidad de movimiento)
8. Melancolía danzante (coreomanía)
9. Melancolía hipantrópica (creerse caballo)
10. Melancolía transexualista (creerse mujer)
11. Melancolía angélica (no desear más la vida)
12. Melancolía licantrópica (zoantropía. Creerse animal)
13. Melancolía angustiosa

No faltaron en la fabulosa Enciclopedia Francesa, dirigida por Diderot (1713-1784) y D'Alambert (1717-1783), varios artículos dedicados a las enfermedades mentales escritos por D'Aumont y Menuret, por cuyo contenido ha construido K. Menninger la siguientes clasificación:

- I. Fatuité (disminución de la comprensión y de la memoria)
- II. Délire (funcionamiento anormal de la comprensión y la memoria)
 - 1. Folie (pérdida de la razón)
 - 2. Melancolie (delirio aislado sin furia ni fiebre)
 - 3. Manie (actividad delirante generalizada sin fiebre, a menudo con furia)
- III. Phrénesis (trastorno mental agudo con furia y fiebre)
- IV. Démence (abolición de la facultad de razonar)

Siglo XIX

La espiral del progreso científico se acelera en su carrera ascendente con la aparición de un pléyade de hombres geniales en este siglo.

Charles Darwin (1809-1882), quien no necesita presentación.

Louis Pasteur (1822-1895) y la teoría bacteriana.

Joseph Lister (1827-1912) y la antisepsia.

Ignacio Felipe Semmelweiss (1818-1865), médico húngaro, patética figura de la ciencia, quien realizara una verdadera saga en su lucha por la antisepsia en obstetricia.

Rudolph Virchow (1821-1905), el más destacado anatomopatólogo de su época, autor de famoso aforismo "omnis cellula e cellula" que dio al traste con la fantasía vitalistas y sirvió de fundamento a toda una concepción organicista que contribuyó al progreso de la medicina en general y de la psiquiatría, aunque más tarde resultara metafísicamente materialista por la forma en que fuera esgrimida.

Wilhem Griesinger (1817-1868), profesor de psiquiatría y neurología de la universidad de Berlín, contribuyó a colocar la psiquiatría entre especialidades médicas, liberándola de las especulaciones invertebradas, mediante la correlación entre los datos anatómicos y los fenómenos psicológicos. Aunque también es verdad que frenó en cierta medida el desarrollo de la psicología.

Entre los eminentes psiquiatras que se opusieron a la nosología, se cuenta Pierre Janet (1839-1947), quien criticara acerbamente las clasificaciones al uso, aunque señaló dos grandes grupos de enfermedades psiquiátricas: Las orgánicas y las funcionales.

Jean Dominique Esquirol (1772-1840), llamado por sus méritos "padre de la moderna psiquiatría" aplicó las estadísticas en los asilos para estudiar la causa, el curso y el pronóstico de las enfermedades mentales.

Hizo uso de una clasificación simple y pragmática que tuvo una buena acogida pero luego se subdividió tanto que perdió calidad.

En 1852, Benedicto Agustín Morel (1809-1873) describió, el primero, la llamada demencia precoz, para lo cual hizo uso, también por primera vez, del criterio longitudinal para caracterizar las enfermedades mentales tomando en cuenta el curso y la terminación de las mismas.

Morel planteó la degeneración como un hecho que se encontraba en la base de cuadros clínicos muy diversos: desde los trastornos ligeros del carácter hasta las peores formas de criminalidad e idiocia.

Seguidor de Morel, Valentín Magnan (1835-1916), amplió tanto el concepto de degeneración en las enfermedades mentales, que en los asilos franceses todos los pacientes eran etiquetados primero como degenerados y a continuación se añadía el diagnóstico más específico correspondiente a la enfermedad que padecía. Autor de una clasificación.

Unos de los más eminentes psiquiatras alemanes, Karl Ludwing Kahlbaum (1828-1899), se esforzó en lograr un criterio unitario para las enfermedades mentales basado en los principios nosológicos de Morel de unidad de causa, curso y terminación; sin desdeñar; la lesión específica cuando ésta pudiera ser precisa.

Kahlbaum no fue ajeno al descubrimiento de hebefrenia, puesto que fue descrita por su colaborador Ewal Hecker (1843-1909), y publicó en 1874 una magistral descripción de la catatonia, que constituyó su aportación más conocida a la psiquiatría "universal".

Aunque sus ideas no fueron siempre bien acogidas por sus contemporáneos, influyó decisivamente en su época, al punto que Kraepelin, además de incorporar a sus clasificaciones la hebefrenia y la catatonia, utilizó el curso de la enfermedad como criterio para clasificar; como propusiera Kahlbaum.

Autor de una clasificación en la que utilizó la estructura de clases, familias y géneros que utilizara por primera vez Boissier de Sauvages; comenzó sus trabajos al respecto con una revisión de las clasificaciones psiquiátricas que la precedieron. No se considera necesaria su reproducción en el presente trabajo, que selecciona algún que otro ejemplo para representar una época. Para mayores detalles remítase al pormenorizado trabajo de Karl Menninger.

Otras característica del siglo es la aparición en la segunda mitad del mismo de una poderosa orientación organicista que contaba en sus filas a Griesinger, ya mencionado, quien postulara dogmáticamente que todas las enfermedades mentales eran enfermedades del cerebro, y a Theodore Meynert (1833-1892), quien objetara el uso del término psiquiatría y luego se descartara por su oposición a las concepciones freudianas. Sin desconocer a Maximilian Jacobi (1775-1858), quien proclamara que la psicología no era necesaria para entender ni para tratar las enfermedades mentales.

El descubrimiento hecho por Bayle (1774-1816), de que la parálisis general progresiva era una enfermedad cerebral y las valiosas aportaciones de Brocá (1824-1880), Westphal (1833-1890) y Wernicke (1848-1905), quien propuso un sistema organicista y mecanicista basado en la anatomía del sistema nervioso, el arco reflejo y la psicología asociacionista; contribuyeron a alentar, hoy sabemos de manera desproporcionada, a los neuropsiquiatras de la época.

Quedaban así establecidas las premisas para la intervención del más destacado entre los nosologistas, quien echara los cimientos de las clasificaciones actuales; Emil Kraepelin (1856-1926).

Sus apologistas hablan de una época Kraepeliniana de la psiquiatría: 1899-1920. Llegando a decir el profesor Dionisio Nieto de la Universidad Autónoma de México que su obra “no puede superarse porque es un sistema natural que admite toda clase de ampliaciones y perfeccionamientos”. El barcelonés Ramón Sarró insinúa en el prólogo del tratado de psiquiatría de Bumke (1946), que se trata de un predestinado que creía seguir los pasos de Moisés.

Contrariamente a lo que opinan sus detractores, el que utilizara el trabajo de otros, aunque con acierto y capacidad de síntesis; es una cualidad de inestimable valor en un nosologista puesto que las clasificaciones manipulan una enorme cantidad de información y casi todas se hacen para ser utilizadas por todos.

Aplicó criterios longitudinales, hizo uso del modo de terminación de las enfermedades y la relación de las mismas con la edad de los pacientes sin descuidar las descripciones clínicas y la etiología, con las limitaciones impuestas por el desarrollo de la materia objeto de estudio.

Puede sin embargo, aceptarse que como todo organicista no dialéctico consideró a las enfermedades rígidamente predeterminadas, de modo tal que sólo cabría esperar el desarrollo previsto de las mismas sin tener en cuenta el poder modificador de las influencias ambientales. Su afán de generalización, tan caro a la nosología, le impidió apreciar en su justa medida la importancia de las variables individuales; lo que obligadamente afectó sus generalizaciones.

Pero no puede desconocerse que su obra no estuvo ajena a una práctica abnegada que lo condujo a la revisión durante largos años de miles de historias clínicas con lo que elaboró un

eficiente sistema de psiquiatría descriptiva que le permitió ordenar el caos de observaciones clínicas y crear entidades que han conservado su validez a través del tiempo.

Entre sus aportaciones más destacadas se encuentra la delimitación precisa de la psicosis maníaco depresiva como psicosis a doble forma, concepción que permanecía un tanto vaga. Algo similar hizo con la esquizofrenia a la que llamó, siguiendo a Morel, demencia precoz; uniéndola con la catatonía de Kahlbaum y las psicosis paranoide como enfermedades que rápidamente evolucionaban hacia el deterioro.

Tomó de Morel y Kahlbaum, una idea avanzada para su época, que fue la de establecer diferencias entre los complejos sintomáticos sindrómicos y las enfermedades que lo determinan. Y en contraste con su tendencia predeterminista, señaló que era con frecuencia difícil una nítida separación entre las diferentes enfermedades y aún entre enfermos y sanos. Cosa que dificultaba la elaboración de clasificaciones psiquiátricas. No obstante, concluyó destacando la importancia de las mismas; al extremo de hacer de ellas un fin en sí mismas; modificándolas en las sucesivas ediciones de su tratado de psiquiatría, que fueron nueve y bastante cercanas las unas a las otras; lo que demuestra su intensa dedicación a dicho "tema".

En 1883 Kraepelin empezó la publicación de su obra en libro de 400 páginas al que llamó **Compendium**.

Sucesivas ediciones -2da. (1887), 3era. (1889), 4ta.(1893), 5ta. (1896), 6ta. (1899), 7ma., 8va. (1909-1915), 9na. (1927)- sirvieron para desarrollar pensamientos que no fue reacio a cambiar por influencia de otros autores. Las 400 páginas iniciales se convirtieron en 2 425. Cada edición fue portadora de cambios en su clasificación de enfermedades psiquiátricas.

En la 4ta. edición adopta el concepto de "degeneración" de Morel y Magnan que aplica a la demencia precoz, tomada de Morel, a la catatonía de Kahlbaum y las psicosis paranoides. Pero en la 5ta. edición ya les ha quitado ese calificativo y las considera enfermedades de origen metabólico.

En la 7ma. edición la epilepsia está como una entidad aparte, mientras que en las revisiones anteriores aparecía dentro del grupo de las neurosis.

En la 8va. revisión, las formas hebefrénicas, catatónicas y paranoide de la demencia precoz, se añaden a las formas depresivas, las esquizofasias y utiliza el término para parafrenia para designar a un subgrupo incluido dentro de las afecciones endógenas. También hace uso, por primera vez, del término oligofrenia.

A la melancolía involutiva, concebida por Kraepelin como entidad separada de las formas periódicas de melancolía, le atribuyó como origen factores adquiridos; mientras a la psicosis maníaco depresiva la consideró asociada a elementos constitucionales. Pero estudios posteriores llevaron a su discípulo Dreyfus a concluir que la melancolía involutiva era una

forma especial de P.M.D. Kraepelin mudó de parecer y así en la 8va. revisión ya no aparece la melancolía involutiva dentro de las categorías diagnósticas.

Transcribimos a continuación la clasificación aparecida en la octava edición del tratado de psiquiatría de Emil Kraepelin.

1. Trastornos mentales resultantes de daño encefálico.
2. Trastornos mentales resultantes de enfermedades encefálicas.
3. Intoxicaciones: agudas y crónicas (alcoholismo, morfinismo y cocainismo).
4. Infecciones: (*delirium* febril, *delirium* infeccioso, amencia, debilidad mental).
5. Trastornos mentales sifilíticos, además de la parálisis general.
6. Demencia paralítica.
7. Trastornos seniles y preseniles.
8. Trastornos de origen tiroideo.
9. Trastornos endógenos con evolución hacia el deterioro.
 - A. Demencia precoz: hebefrenia, forma depresiva, catatonia forma paranoide, forma esquizofásica.
 - B. Parafrenias.
10. Epilepsias.
11. Psicosis maniaco depresiva.
12. Trastornos psicógenos.
13. Histeria.
14. Paranoia.
15. Trastornos mentales resultantes de predisposiciones constitucionales.
16. Personalidades psicopáticas.
17. Oligofrenia.

No hay dudas de que esta clasificación de Kraepelin es ya una clasificación moderna, y con sólo inconvenientes que no serían insuperables, podría ser usado hoy día como instrumento para ordenar los diagnósticos psiquiátricos. Kraepelin dominó toda la época y de seguro influyó en quienes a la larga, lograron una clasificación internacional de enfermedades psiquiátricas y hasta en aquellos que un siglo después la complementaron con un glosario también internacional.

Cuba se incorpora tímidamente a la corriente científica en psiquiatría en este siglo XIX.

El 25 de septiembre de 1821 el Cabildo de La Habana aprueba una moción sobre la necesidad de un hospicio para locos, y en junio de 1824 son recluidos en el Hospital de San Lázaro. En 1828 se termina el Hospital de San Dionisio, construido mediante colecta pública.

Durante la primera mitad del siglo, la preocupación de la sociedad colonial por los enfermos mentales fue reducida, carente de fundamento científico y plagada de prejuicios desfavorables a estos pacientes.

Ya en la 2da. mitad, se insinúa la penetración ideológica proveniente de Francia que con su carácter progresista y humanitario influye favorablemente en la apreciación de la enfermedad mental.

Bajo el mandato del Gobernador José Gutiérrez de La Concha (1809-1895), se construye en la Finca de Don José Mazorra un Hospital al que trasladaron los enfermos mentales el 10 de abril de 1855.

Las condiciones elementales de la psiquiatría cubana del siglo XIX no permitieron aportaciones en materia de clasificación de enfermedades psiquiátricas.

DESARROLLO DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES, TRAUMATISMOS Y CAUSAS DE DEFUNCION

Además de Sauvages y Linneo, previamente mencionados, considerados precursores de las clasificaciones actuales, es necesario destacar al escocés William Cullen (1710-1790), neuropatólogo, para el cual las enfermedades mentales eran debidas a procesos morbosos que afectaban la mente. Fue además, el primero en usar el término neurosis, aunque con una significación muy distinta de la actual.

En 1837 se funda el Registro General de Inglaterra y Gales apareciendo con este organismo el primer estadístico médico, un hombre que logró utilizar con provecho y mejorar las todavía muy imperfectas clasificaciones de entonces.

Farr encontró que los servicios públicos de su época utilizaban la clasificación de Cullen, la que además de no estar actualizada era impropia para fines estadísticos.

En sus "Cartas" anuales el Registrador General, Farr insistió en la necesidad de adoptar una clasificación que fuera útil para fines estadísticos y de aplicación uniforme desde el punto de vista internacional.

Como reconocimiento a tal punto de vista el Primer Congreso Internacional de Estadísticas, reunido en Bruselas en 1853, encomendó al Dr. W. Farr y al ginebrino Dr. Marc D' Espines la preparación de una nomenclatura uniforme de causas de defunción aplicable a todos los países.

Este fue el comienzo de la clasificación internacional de enfermedades que se fue gestando durante todo el siglo XIX hasta ver la luz en París en el año inicial del siglo XX, donde aparece con el nombre de Clasificación Internacional de Causas de Defunción.

1855 Al no lograr congeniar las proposiciones de Farr y D' Espine por sustentar criterios opuestos, al siguiente Congreso de Estadística adoptó como solución conciliatoria una lista de 139 rubros

- 1864 Se revisa en París la clasificación siguiendo el modelo de W. Farr de clasificar las enfermedades según su localización anatómica.
- 1874 Se producen revisiones sucesivas de la clasificación, la que todavía no tenía
1880 aprobación universal
1886
- 1891 Jacques Bertillon (1851-1922), jefe de los trabajos de estadísticas de la ciudad de París es designado, por el Instituto Internacional de estadísticas, sucesor del Congreso Internacional, para dirigir la preparación de una clasificación de causas de defunción
- 1893 El Instituto Internacional de Estadísticas, reunido en Chicago, recibe el informe de Bertillon y el comité que preside contentivo de una clasificación basada en la clasificación de causas de defunción utilizada en la ciudad de París, que sintetizaba las clasificaciones inglesa, alemana y suiza estando regida por el principio adoptado por Farr de distinguir las enfermedades generales de aquellas que se localizan en un órgano o sitio anatómico específico.
La primera aplicación de Causas de Defunción de Bertillon tuvo una buena acogida y fue adoptada por varios países.
Tuvo su primera aplicación en México donde el Dr. Jesús E. Monjarás la utilizó en las estadísticas de San Luis de Potosí.
- 1898 La Asociación Americana de Salud Pública reunida en Ottawa recomendó a Canadá, México y los Estados Unidos que adoptaran la clasificación de Bertillon y recomendó que fuera revisada cada 10 años
- 1899 Bertillon presentó un informe al Instituto Internacional de Estadísticas durante la asamblea realizada en Cristianía, México; que contenía las recomendaciones de la Asociación Americana de Salud Pública, incluyendo la necesidad de revisiones decenales.

Dice la resolución final:

"El Instituto Internacional de Estadísticas convencido de la necesidad de que los diferentes países usen nomenclatura comparable entre sí:

"Toma nota con satisfacción de que el sistema de nomenclaturas de causas de defunción que le fue presentado en 1893, ha sido adoptado por todas las oficinas de estadísticas de Norteamérica y por algunos de América del Sur y Europa; "Insiste vehemente en que este sistema de nomenclaturas sea adoptado en principio y sin revisión por todas las instituciones europeas de estadísticas; "Aprueba, cuando menos en términos generales, el sistemas de revisión decenal propuesto por la Asociación Americana de Salud Pública en su sesión de Ottawa (1898)"; "Insta a las oficinas de estadística que aún no lo hayan hecho que se

adhieren sin demora y que contribuyan de este modo a la comparabilidad de las nomenclaturas de causas de defunción".

- 1900 Primera revisión. El gobierno de Francia convoca en París, agosto de 1900, la Primera Conferencia Internacional para la revisión de Bertillón. Asistieron delegados de 26 países; adoptándose una clasificación detallada de las causas de defunción que comprendía 179 grupos. Reconociéndose la ventaja de revisiones decenales.
En este mismo año (1900) fue adoptada en Cuba la Nomenclatura Internacional de Causas de Defunción de Bertillón.
- 1909 2da. y 3ra. revisiones. El gobierno francés convoca conferencias internacionales para la (SIC.)
- 1920 Revisión de la Nomenclatura Internacional de causas de defunción, las que estuvieron dirigidas también por el Dr. Bertillón.
- 1922 Fallece Bertillón.
- 1923 Michel Huber, sucesor de Bertillón en Francia solicita la colaboración de otras organizaciones internacionales en la preparación de las revisiones subsiguientes.
- 1928 La Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones, nombró una comisión de expertos estadísticos para estudiar la clasificación de las enfermedades y las causas de defunción.
E. Rosle, jefe del Servicio de Estadísticas Médicas de la Oficina de Sanidad de Alemania preparó una monografía donde planteaba la ampliación de las rúbricas de la Lista Internacional de Causas de Defunción de 1920 para poder ser utilizada en la tabulación de estadísticas de morbilidad.
- 1929 4ta.revisión.Una "Comisión Mixta", compuesta por igual número de representantes del **Instituto Internacional de Estadísticas y de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones** elaboró la propuesta para la Cuarta Revisión de la Lista Internacional de Causas de Defunción.
- 1938 5ta. revisión. Dicha "Comisión Mixta" elaboró también la Quinta Revisión de la Lista Internacional de Causas de Defunción. En relación con los trastornos mentales aparecen los diagnósticos siguientes:

Dentro del cap. VI. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos:

84.Enfermedades y deficiencias mentales (excepto la parálisis general del demente).

a) Deficiencia mental.

b) Esquizofrenia (demencia precoz).

- c) Psicosis maniaco depresiva.
- d) Otros trastornos mentales.

En la lista alfabética de esta revisión aparece la neurastenia clasificada en 84d, donde también están incluidas las psicosis histéricas, infecciones tóxicas, otras psicosis y las no especificadas.

Dentro del cap. VI. también se clasifican las psicosis epilépticas dentro del número 85.

Las psicosis alcohólica aparece dentro del cap. V. Envenenamientos crónicos e intoxicaciones en 77b.

En el cap. I. Enfermedades infecciosas y parasitarias está incluida la parálisis general del demente.

Dentro del cap. XI. Enfermedades del embarazo, parto y puerperio están, en 150b, las psicosis del puerperio.

El cap. XVI. Senilidad, contiene 162a los casos de senilidad con mención de la demencia senil.

La publicación cubana de la 5ta. revisión apareció en 1946 bajo el nombre de: Nomenclatura Internacional de las Enfermedades y de las Causas de Muerte. Fue traducida del inglés por el Dr. Ortelio Martínez Fortún, jefe de Demografía Sanitaria Nacional, quien la complementó con las leyes, disposiciones y decretos relacionados con los certificados de defunción, añadiéndole un glosario de términos relacionados con la "Estadística Vital".

1948 6ta. revisión. La Conferencia Internacional para la 6ta. Revisión de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción se celebró en París en abril de 1948.

Convocada por el gobierno francés, asistieron representantes de 29 países, entre los cuales se encontraban: Cuba, Venezuela y Chile. La Organización Mundial de la Salud (OMS) formó parte del secretariado y participó en las tareas preparatorias.

En la clasificación aprobada apareció por primera vez un capítulo dedicado a los trastornos mentales. Así denominado:

Cap. V. Enfermedades mentales, psiconeurosis y trastornos de la personalidad.

Contiene una aclaración inicial que dice:

"Esta sección (300-326) no comprende el delirio transitorio y los trastornos mentales menores que acompañan a las enfermedades decididamente físicas, tales como el delirio transitorio de la reacción febril, de la intoxicación transitoria con uremia, de las reacciones

mentales transitorias en relación con una infección del cerebro, con un traumatismo o con una enfermedad degenerativa o con una enfermedad vascular.

Es decir que en dicha revisión el cap. V no contenía las afecciones que en la 9na. revisión quedarían incluidas en las categoría 293 y 294.

1955 7ma. revisión. Ya plenamente bajo los auspicios de la OMS, se reúne en París la Conferencia Internacional para la Séptima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades.

Comenzó a usarse la Clasificación Internacional no sólo con vistas al registro y elaboración estadísticas de las defunciones, sino también como índice de diagnóstico de los hospitales.

En cuanto al Cap. V, no sufre prácticamente cambio alguno manteniéndose la aclaración inicial de la 6ta. revisión que limita la inclusión de los trastornos psiquiátricos orgánicos agudos y los asociados a enfermedades degenerativas.

1965 8va. revisión. La Conferencia para la Octava Revisión, convocada por la Organización Mundial de la Salud, sesionó en el Palacio de las Naciones en Ginebra desde el 6 hasta el 12 de julio de 1965.

Las enfermedades mentales fueron objeto de una esmerada atención durante las labores preparatoria de la 8va. Conferencia.

En la introducción al Cap.V. se especifica que "comprende todas las formas de trastornos mentales, incluso los secundarios o asociados con estados patológicos orgánicos" con lo que quedaron anuladas las advertencias que en sentido contrario aparecieran en las revisiones sexta y séptima.

Con respecto a Cuba, esta revisión produjo un cambio de tal importancia en relación con la clasificación de las enfermedades mentales, que ha dado lugar a que Cuba avance a la vanguardia entre los países que hacen aportaciones y producen instrumentos dedicados a tales fines.

Si bien en Cuba estaba oficialmente implantada la Clasificación Internacional de Enfermedades, el Cap. V, dedicado a los trastornos mentales, era muy poco conocido por los psiquiatras cubanos quienes preferían la clasificación norteamericana de la American Psychiatric Association, pero en esta ocasión, al incorporarse totalmente los EE.UU. a la clasificación Internacional desapareció la dualidad de clasificaciones psiquiátricas en Cuba.

Desde entonces los psiquiatras cubanos empezaron un trabajo que se destacó por la participación colectiva de los mismos en la adaptación del Cap. V. de la Clasificación Internacional a las características psiquiátricas del país, y la producción de un glosario que lo complementara.

Después de varios años de trabajo en el que participaron todos los centros psiquiátricos de la nación se publicó el Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas GC-1, aplicado a la 8va. revisión.

El Glosario de Trastornos Mentales elaborado por el Subcomité de Clasificación Internacional de Trastornos Mentales del Comité Consultivo sobre Nomenclatura Médica y Estadísticas del Registro General de Inglaterra, junto con el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales (DSM II), preparado por el Comité de Nomenclatura de Estadísticas de la American Psychiatric Association, fueron traducidos por el Hospital Psiquiátrico de La Habana y utilizados como documentos de referencia para la elaboración del Glosario Cubano GC-1.

1980 Se publica el DSM-III.

1983 Se publica el GC-2.

1987 Se publica DSM-III R.

1992 Se publica la CIE-10 (uso clínico).

1993 Se publica CIE-10 (CDI).

1994 Se publica el DSM-IV.

INDICE ALFABÉTICO

Abuso (de) (del)

-alcohol y otras sustancias psicoactivas	
--abstinencia F1X.3	103
---con convulsiones F1X.31	103
---con estado confusional o de <i>Delirium</i> F1X.4	103
----con convulsiones F1X.41	104
----sin convulsiones F1X.40	104
---no complicado F1X.30	103
--alucinosis F1X.52	105
--celotipia F1X.51	105
--consumo	
---perjudicial F1X.1	101
---riesgoso F1X.81	107
--dependencia FX.2	102
--deterioro ético moral	109
--factores de riesgo	108
--intoxicación	
---aguda F1X.0	100
----con complicaciones sociales F1X.08	101
---patológica F1X.07	101
--paranoia F1X.5	104
--psicosis F1X.5	104
--síndrome (de)	
---abstinencia F1X.3	103
----con confusión o delirio F1X.4	103
---amnésico (Korsakov)	105
---dependencia F1X.2	102
--trastorno	
---mental y del comportamiento	
----otro especificado F1X.8	107
----SAI F1X.9	109
---psicótico residual y de comienzo tardío F1X.7	106
-sustancias que no producen dependencia F55	241
Abicú	371

Adaptación, trastornos de. Ver Trastorno de adaptación

Adicción. Ver Abuso

Aerofagia, psicógena F45.31 217

Afasia (de) (del)

-adquirida, con epilepsia F80.3	317
-desarrollo	
--tipo expresivo F80.1	315

--tipo receptivo F80.2	316
--Wernicke F80.2	316
Afeminamiento	20
Afonía, psicógena F44.4	211
Agnosia	
-auditiva F80.2	316
-del desarrollo F88	329
Agorafobia F40.0	188
Alcohol, alcohólico (a), alcoholismo. Ver Abuso	
-alucinosis F10.5	104
-como droga portera	97
-consideraciones generales	94
-criterios operativos en el diagnóstico	95
--cantidad y frecuencia	96
--esclavitud	96
--etiquetado	96
--nocividad	96
Alucinatorio (a), alucinosis	
-debida a sustancias psicoactivas F1X52. Ver Abuso	
-orgánica, no debida al uso de sustancias psicoactivas.F06.0	81
-psicosis crónica SAI F28	146
Alzheimer (enfermedad de). Ver Demencia	
Amnesia disociativa F44.0	208
Amok	364
Anestesia y Otras alteraciones sensoriales F44.6	212
Anhedonia (sexual) F52.11	236
Anorexia nerviosa F50.0	226
-atípica F50.1	228
Anorgasmia, psicógena F52.3	237
Ansiedad. Ver Trastorno de ansiedad	
-histérica F41.8	197
-SAI F41.9	197
Aprendizaje	
-dificultades SAI F81.9	322
Arterioesclerosis (arterioesclerótica). Ver Demencia	
Asperguer, síndrome de F84.5	329
Astenia neoroculatoria F45.30	217
Ataque	
-histérico F44	206
-nervios F44	206 y 366
-pánico F41.0	191
Atención, déficit	
-con hiperactividad F90.0	336
-sin hiperactividad F90.8	337

Ausencia de placer sexual F52.11	236
Autismo, Autístico (a)	
-atípico F84.1	325
-infantil F84.0	323
-psicopatía F84.5	329
-trastorno F84.0	323
Aversión, sexual F52.10	236
Bacá (Baká)	371
Balbuceo F80.8	317
Bouffé delirante F23	142
-con síntomas de esquizofrenia F23.1	144
-sin síntomas de esquizofrenia F23.0	143
Britquet, trastorno de F45.0	213
Bruxismo F45.8	218
Bulimia nerviosa F50.2	228
-atípica F50.1	228
Calambre del escribiente F48.8	221
Catalepsia esquizofrénica F20.2	131
Ceceo F80.8	317
Cefalea, psicógena F45.4	217
Celos (celotipia)	
-alcohólico, (a) F10.5	104
-entre compañeros, no hermanos F93.8	346
-entre hermanos F93.3	345
Ciclotimia F34.0	177
Claustrofobia F40.2	191
Cleptomanía F63.2	262
Colon irritable, síndrome del F45.32	217
Complejo demencia SIDA F02.4. Ver Demencia	77
Comportamiento	
-adictivo, no relacionado con sustancias psicoactivas	99
--compras	99
--chocolate	99
--vídeo juegos	99
-neurótico. Ver Desarrollo neurótico	
Compulsivos, actos F42.1	200
Confusión, psicógena F44.88	213
Confusional, estado (no alcohólico) F05	79
-subagudo F05.8	80
Consumo	
-perjudicial de sustancias psicoactivas F1X.1	101
-riesgoso.F1X.81	107
Contexto esquizofrénico	120y125
Conversión	

-histeria F44.4-F44.7	211
-reacción F44.4-F44.7	211
-trastorno F44.4-F44.7	211
Convulsiones disociativa F44.5	211
Crepuscular, estado. Ver Estado crepuscular	
Creutzfeldt-Jacob, enfermedad de F02.1. Ver Demencia	76
Criterios sobre taxonomía (GC3)	1
Da Costa, síndrome de F45.30	217
Debilidad mental F70	285
Deficiencia, mental. Ver Retraso mental	
Delirante, trastorno. Ver Trastorno, delirante	
Delirio dermatozoico	
-debido al consumo de sustancias psicoactivas F1X.52	105
-orgánico, (no debido a sustancias. psicoactivas F06.0	81
-no orgánico F28	146
Delirium (de).	
-abstinencia F1X.4	103
-descripción	18
-no sobreimpuesto a demencia F05.0	80
-subagudo descripción	18
-superpuesto a demencia F05.1	809
-tremens (inducido por alcohol) F10.4	103
Demencia (en) (en la) (por)	57
-arteriosclerosis F01	74
-complejo parkinsonismo-demencia de Guam F02.8	77
-corea de Huntington F02.2	76
-debida a (al)	
--abuso de sustancias, F1X.73	106
--avitaminosis F02.8	77
-degeneración hepato-lenticular F02.8	77
-degenerativa primaria (SOE) F03	78
-enfermedad (de) (por)	
--Alzheimer F00	69
---Atípico F00.2	72
---de inicio precoz F00.0	71
---de inicio tardío F00.1	72
---mixto F00.2	72
---tipo I F00.1	72
---tipo II F00.0	71
--Creutzfeldt-Jacob F02.1	76
--Huntington F02.2	76
--infección por el VIH F02.4	77
--Nieman Pick F02.0	75
--Parkinson F02.3	77

--Wilson F02.8	77
-epilepsia F02.8	77
-esclerosis múltiple F02.8	77
-infartos múltiples F01.1	74
-intoxicaciones F02.8	77
-lupus eritematoso sistémico F02.8	77
-poliarteritis nodosa F02.8	77
-predominantemente cortical F01.1	74
-presenil (SOE) F03	78
-SAI F03	78
-senil. Ver Alzheimer de inicio tardío (tipo I)	
-sífilis del S.N.C. F02.8	77
-trastornos endocrino-metabólicos F02.8	77
-vascular F01	72
--de inicio agudo F01.0	74
--mixta (cortical y subcortical) F01.3	75
--otro tipo, especificado F01.8	75
--por infartos múltiples F01.1	73
--SAI F01.9	75
--subcortical F01.2	74
Dependencia. Ver Síndrome	
Depresión. Ver Trastorno depresivo	
-asociada a (al)	
--ansiedad	187
---ligera F41.21	187 y 196
---mínima F41.20	187 y 196
--período grávido-puerperal (puerperio)	
---grave F53.1	240
---leve F53.0	240
-atípica.F32.8	174
-de expresión clínica atípica	9 y 156
-durante la infancia y la adolescencia	156
-enmascarada F32.8	174
-grave	
--criterios diagnósticos	159
-monopolar SAI F33.9	177
-neurótica (> de 2años) F34.1	179
-postesquizofrénica F20.4	133
-predominante, asociada a ansiedad	160
-recurrente	
--endógena F33	175
--mayor F33	175
--psicógena F33	175
--psicótica F33	175

--SAI F33	175
--Vital F33	175
-SAI F32.9	174
Depresivo (a)	
-episodio. Ver Episodio depresivo	
-neurosis F34.16	180
Deprivación. Ver Estado, deprivación	
Desarrollo neurótico	14, 15
Deseo sexual, falta, pérdida o disminución F52.0	236
Despersonalización-desrealización (síndrome de) F48.1	220
Desviación, sexual SAI F65.9	269
Dhat, síndrome de F48.8	221 y 364
Diagnóstico no pautado (D.N.P.)	9
-y síndromes culturales	9
Diarrea, psicógena F45.32	217
Dipsomanía F10.2	102
Disfasia, del desarrollo	
-tipo expresivo F80.1	315
-tipo receptiva F80.2	316
Disfonía psicógena F44.4	211
Disfunción	
-autonómica somatomorfa F45.3	215
-cerebral mínima F90.0	336
-eréctil F52.2	236
-fisiológica psicógena SAI F59	241
-orgásmica F52.3	237
-sexual de origen no orgánico F52	235
--otra, especificada F52.8	238
--SAI F52.9	238
-somatomorfa autonómica (del) F45.3	215
--otra, especificada F45.38	217
--sistema cardiovascular y corazón F45.30	217
--sistema genitourinario F45.38	217
--sistema respiratorio F45.33	217
--tracto gastrointestinal alto F45.31	217
--tracto gastrointestinal bajo F45.32	217
Disgrafía F81.80	321
Dislalia (del desarrollo) F80.0	314
Dislexia (del desarrollo) F81.0	318
Dismenorrea psicógena F45.8	218
Disminución psicógena de apetito F50.8	229
Disociativo (a), trastorno. Ver Trastorno disociativo	
-amnesia F44.0	208
-convulsiones F44.5	211

-estupor F44.2	209
-fuga F44.1	209
Dipsomnia F10.26	102
Dispareunia, no orgánica F52.6	238
Dispepsia, psicógena F45.31	217
Dispraxia, del desarrollo F82	322
Distimia F34.1	179
-asociada a terapia esteroidea F06.8	85
-con desarrollo neurótico. Ver Neurosis depresiva	
-de inicio tardío F34.11	180
-de inicio temprano F34.10	180
Disuria psicógena F45.33	217
Dolor, trastorno persistente somatomorfo F45.4	217
Dorsalgia, psicógena F45.4	217
Duelo patológico F43.2	205
Dundunes	371
Eje (s)	
-complementario (s)	365
--II (Discapacidades)	365
--III (Factores ambientales y personales [adversos])	367
--IV (Otros factores ambientales y personales)	376
--V (Mecanismos y necesidades psicopatogénicos)	377
--VI (Otras informaciones significativas)	382
Elaboración psicológica de síntomas somáticos F68.0	269
Embriaguez aguda, en alcoholismo. Ver Abuso	
Encefalopatía (de), (por)	
-Binswanger F01.2	75
-postconmocional F07.2	87
-VIH F02.4	77
Encopresis, de origen no orgánico F98.1	355
Enfermedad (de)	
-Alzheimer. Ver Demencia	
-Bielschowsky	301
-Bourneville	302
-Kuf	301
-mental SAI F99	360
-Nieman Pick. Ver Demencia	
-Spielmeyer-Vogt	301
-Sturge Weber-Dimitri	302
-Tay Sach	301
-Von Recklinghausen (neurofibromatosis)	301
-Wilson	300
Enuresis (primaria) (secundaria)	
-funcional F98.0	355

-origen no orgánico F98.0	355
-psicógena F98.0	355
Episodio (de)	
-afectivo mixto, aislado F38.0	181
-aislados de depresión enmascarada, SAI F32.8	174
-depresivo F32	171
--breve recurrente F38.10	181
--grave	
---con ideas delirantes o alucinaciones F32.3	174
----de carácter reactivo F32.33	174
---sin ideas delirantes ni alucinaciones F32.2	173
----de carácter reactivo F32.23	174
--leve F32.0	172
---con síndrome melancólico F32.01	173
---sin síndrome melancólico F32.00	173
--moderado F32.1	173
---con síndrome melancólico F32.11	173
---sin síndrome melancólico F32.10	173
--otro, especificado F32.8	174
--recurrente de depresión F33	175
--SAI F32.9	174
-maníaco. Ver Manía y Trastorno bipolar	
Escptofilia (voyeurismo) F65.3	267
Esquizofrenia F20	117
-aguda, indiferenciada F20.3	132
-atípica F20.3	132
-borderline F21	139
-catatónica F20.2	131
-crónica, indiferenciada F20.36	132
-desorganizada F20.1	130
-en fase prodrómica F20.X7	13, 125
-en remisión	
--completa	129
--incompleta	129
-formas de evolución	115
-hebefrénica F20.1	130
-infantil F20.80	136
-latente (reacción) F21	139
-límite, limítrofe F21	139
-otra, especificada F20.8	136
-parafrénica F20.0	129
-paranoide F20.0	129
-pseudoneurótica F21	139
-pseudopsicopática F21	139

-residual F20.5	134
-SAI F20.9	137
-simple F20.6	135
-y dolor físico	124
-y enfermedad somática	124
Esquizofrénico(a)	
-catalepsia F20.2	131
-catatónico F20.2	131
-contexto	121 y 124
-defecto	128
-reacción, latente F21	139
-restzustand F20.5	134
Esquizofreniforme	
-orgánico F06.2	82
-psicótico agudo. Ver Trastorno psicótico	
-breve F23.2	144
Esquizoide (trastorno)	
-de la infancia F84.5	329
-de la personalidad F60.1	250
Esquizotípico (trastorno) F21	137
Estado (s) (de)	
-alucinatorio	
--orgánico F06.0	81
--paranoide F06.2	82
-amnésico F04	78
-ánimo. Ver Trastorno del	
-confusional (o de <i>Delirium</i>) F05	18 y 79
--agudo (no alcohólico) F05	79
--no superpuesto a demencia F05	79
--otro, especificado F05.8	80
--subagudo (no alcohólico)	80
--superpuesto a demencia F05.1	80
-crepuscular	
--descripción	19
--orgánico F06.5	84
--psicógeno F44.8	212
-delirante	
--no orgánicos SAI F23.8	144
- <i>delirium</i> F05	18 y 79
-dismnésico F04	78
-fóbico SAI F40.9	191
-paranoide F22.0	139
--alcohólico F10.5	104
--involutivo F22.8	141

---con alucinaciones F22.8	141
---sin alucinaciones F22.0	141
--orgánico.F06.2	82
--simple F22.8	141
---con alucinaciones F22.8	141
---sin alucinaciones F22.0	139
-preneurótico F93.81	348
-prodrómicos (en las demencias)	64
-trance y posesión F44.3	210
Estereotipados movimientos F98.4	358
Estrés, trastorno (por) (de)	
-agudo F43.0	201
-especificado F43.8	206
-no especificado F43.9	206
-postraumático F43.1	203
Estupor	
-catatónico SAI F20.2	131
-depresivo F32.3	174
-disociativo F44.2	209
-esquizofrénico F20.2	131
-maníaco F30.2	167
-SAI F44.2	209
Exaltación afectiva F30	160
-características	161
-en fase prodrómica F30.X3	161
Exhibicionismo F65.2	267
Eyacuación precoz F52.4	237
Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificadas en otra parte	240
F54	
Fallo de la respuesta genital F52.2	236
Farfulleo. Ver Tartaleo. F98.6	360
Fatiga	
-combate F43.0	201
-síndrome F48.0	218
Fetichismo, (transvestista) F65.0	265
-no transvestista F64.1	263
-transvestista F65.1	266
Fingimiento de síntomas e incapacidades F68.1	270
Flatulencia, psicógena F45.32	217
Fobia (s) (fóbica)	
-ansiedad. Ver Trastorno de ansiedad fóbica	
-específica (aislada) F40.2	191
-SAI F40.9	191

-sociales F40.1	189
-típicas de la infancia (descripción)	343
Folie a deux F24	144
Frase calificativa	
-con desarrollo neurótico	13, 14, 15, 160, 187, 188, 199, 219
-de carácter reactivo	152,160 y 174
-diagnóstico presuntivo	64
-en estructuración	245, 248
-en fase prodrómica	13, 115, 125, 128152, 153, 163, 170, 171
Frigidez F52.0	236
Frigofobia	367
Froteurismo F65.8	268
Fuego uterino F52.7	238
Fuga, disociativa F44.1	209
Ganser, síndrome de F44.80	212
Gapilotes	371
Gerstmann, síndrome, del desarrollo F81.2	320
Gilles de la Tourette, síndrome F95.2	354
Hebefrenia F20.1	130
Heller, síndrome de F84.3	327
Hipercinético, trastorno. Ver Trastorno hipercinético	
Hiperemesis gravídica, psicógena F50.5	229
Hiperfagia, asociada con	
-otras alteraciones psicológicas F50.4	229
-psicógena F50.4	229
Hipersomnio, no orgánica F51.1	231
Hiperventilación, psicógena F45.33	217
Hipo psicógeno F45.31	217
Hipocondría, hipocondríaca F45.2	215
-neurosis F45.26	187, 188 y 215
Hipomanía F30.0	164
Histeria (histérico) F44	206
-ataque F44	206
-con desarrollo neurótico, (neurosis). Ver Desarrollo neurótico	
-conversión F44	206
-del ártico	367
-disociativa F44	206
-globo F41.8	197
-psicosis F44	206
Homosexualismo	19
Hospitalismo en niños F43.28	204

Hungtinton, corea o enfermedad F02.2. Ver Demencia	76
Hwa-byung	365
Idiicia F73. Ver Retraso mental	287
Imbecilidad F71. Ver Retraso mental	286
Impotencia (sexual) (psicógena) F52.2	236
Impulso sexual excesivo F52.7	238
Insomnio, no orgánico F51.0	229
Institucionalismo, síndrome institucional F94.2	351
Intoxicación, aguda	
-por sustancias psicoactivas. Ver Abuso	
Juego	
-compulsivo F63.0	261
-patológico F63.0	261
Kanner, síndrome de F84.0	323
Koro, síndrome de F48.8	221
Lambdacismo F80.0	314
Landau-Kleffner, síndrome de F80.3	317
Latah, síndrome de F48.8	221
Lectura	
-inversa F81.0	318
-retraso específico F81.0	318
-trastorno específico F81.0	318
--con dificultad de deletreo F81.0	318
Lenguaje, trastorno del desarrollo del F80.9	317
Límite, personalidad (trastorno) F60.3	252
Lobotomía, síndrome de F07.0	86
Locura a dos F24	144
Ludopatía (ludomanía) F63.0	261
Lugarús	371
Llamadas telefónicas obscenas F65.8	268
Mal de ojo	369
 Manía (maníaco)	160
-con ideas delirantes y alucinaciones F30.2	167
-episodio	
--recurrente (sin antecedentes depresivos) F31.8	170
--único	
---otro, especificado F30.8	167
---no especificado F30.9	167
-sin ideas delirantes ni alucinaciones F30.1	166
Masculinización	20
Masoquismo F65.5	267
Melancolía F32.9	174
Moron F70	285

Munchhausen, síndrome de F68.1	271
Mutismo	
-electivo (selectivo) F94.0	349
-selectivo F94.0	349
Necrofilia F65.8	268
Nervios	366
-ataque de	218 y 366
Neurastenia F48.0	218
Neurosis, (de) (del). Ver Desarrollo neurótico	
-anancástica F42	197
-carácter F60.9	258
-cardíaca F45.30	217
-compensación F68.0	269
-de renta F48.86	221
-definición	15
-depresiva F34.16	160, 180
-gástrica F45.31	217
-hipocondríaca F45.26	215
-neurasténica F48.06	219
-obsesiva F42.X6	199
-obsesivo-compulsiva F42.X6	199
-ocupacional F48.86	221
-psicasténica F48.06	219
-SAI F48.96	222
-traumática F43.1	203
Ninfomanía F52.7	238
Niño torpe, síndrome F82	322
Nosofobia F45.2	215
Obsesivo (a). Ver Trastorno	
-neurosis F42.X6	199 200
-personalidad F60.5	254
Obsesivo-compulsivo. Ver Obsesivo.	
Oligofrenia. Ver Retraso mental	
Onicofagia F98.8	360
Oniroide, lógica	18 55, 79y 119
Orgánico (concepto)	15
Orgásmica, disfunción F52.3	237
Orgasmo, anormal F52.3	237
Orientación sexual egodistónica F66.1	269
Paidofilia F65.4	267
Pa-leng	367
Pánico	
-ataque F41.0	191
-trastorno F41.0	191

Parafilias F65	264
Parafrenia F22.8	141
-involutiva F22.0	139
-tardía F22.0	139
Parálisis, paresias parestesias	
-histéricas F44.4	211
-psicogénas F44.4	211
Paranoia F22.0	139
Paranoide	
-esquizofrenia F20.0	129
-estado. Ver Estado paranoide	
-personalidad F60.0	249
-reacción F23.31	142
Parasomnia F51	229
Parkinson, parkinsonismo. Ver Demencia.	
Patológico	
-incendio F63.1	261
-juego F63.0	261
-robo F63.2	262
Pérdida de	
-apetito, psicógena F50.8	229
-deseo sexual F52.0	236
Peregrinante, paciente F68.1	271
Persistente somatomorfo, trastorno de dolor F45.4	217
Personalidad. Ver Trastorno de	
-cambios (transformación) persistente	
--debido a	
---crisis de conciencia F62.0	259
---duelo F62.8	260
---enfermedad psiquiátrica F62.1	260
---experiencia catastrófica F62.0	259
---pérdida de <i>STATUS</i> F62.0	259
---situaciones humillantes F62.0	259
--no debidos a lesión o enfermedad cerebral F62	258
-- otro, especificado F62.8	260
--problemáticos (no incluibles en F60, ni F62) F61.1	258
--SAI F62.9	260
-cicloide F34.0	177
-ciclotímica F34.0	177
-depresiva F34.0	177
-epiléptica F07.0	85
-hipertímica F34.0	177
-hipotímica F34.0	177
-introvertida F60.1	250

-orgánica F07.0	85
-rasgos neuróticos (niñez y adolescencia) F93.81	348
-trastorno. Ver Trastorno de personalidad	
Pesadillas F51.5	234
Pibloktoq	367
Pica, psicógena F50.8	229
-en la niñez F98.3	357
Pick, enfermedad de F02.0	75
Piloroespasmo, psicógeno F45.3	215
Piromanía F63.1	247
Polaquiuria, psicógena F45.34	217
Posesión, trastorno de F44.3	210
Postconcusional	
-encefalopatía F07.2	88
-síndrome F07.2	87
Postencefalitis, síndrome F07.1	87
Postesquizofrenia depresión F20.4	133
Post-leucotomía, síndrome F07.0	86
Postraumático, síndrome cerebral no psicótico F07.2	87
Producción intencional de síntomas o de incapacidades (somáticas o mentales) F68.1	270
Prurito psicógeno F45.8	218
Psicalgia F45.4	217
Psicastenia F48.8	221
Psicopatía. Ver Trastorno de personalidad	
-autística F84.5	329
-por disminución (falta) de afecto (en la infancia) F94.2	351
Psicosíndrome, orgánico F07.9	88
Psicosis	
-afectiva. Ver Trastorno del estado de ánimo	
-agudas y transitorias F23	142
--otra, especificada F23.8	144
--polimorfas con síntomas de esquizofrenia F23.1	144
--polimorfas sin síntomas de esquizofrenia F23.0	143
--predominio de ideas delirantes F23.3	144
--SAI F23.9	144
--tipo esquizofreniforme F23.2	144
-alcohólica F10.5. Ver Abuso	
-alucinatoria, crónica, SAI F28	146
-breves F23. Ver Psicosis agudas y transitorias	142
-definición	13
-del viajero	367
-depresiva	
--criterios diagnósticos	159

--reactiva F32.23 y F32.33	174
-desintegrativa (de la infancia) F84.3	327
-durante el período grávido-puerperal F53.1	240
-epiléptica	
--esquizofreniforme F06.2	82
--SAI F06.9	85
-esquizoafectiva. Ver Trastorno esquizoafectivo	
-esquizofreniforme breve F23.2	144
-grávido-puerperal F53.1	240
-histérica F44	206
-inducida F24	144
--por la práctica del Qi-Gong	368
-infantil F84.0	323
--atípica F84.1	325
--desintegrativa F84.3	327
-Korsakov	
--no alcohólica F04	78
--por sustancias psicoactivas F1X.6	105
-maníaco-depresiva. Ver Trastorno afectivo	
-no orgánica SAI F29	146
-orgánica SAI F09	88
-paranoide.	
--psicógena prolongada	
---otra especificada F22.8	141
---SAI F22.9	142
-periódica, asociada al ciclo menstrual	367
-presenil,(S.O.E.) F03	78
-psicógena F29	146
--depresiva F32.3	174
-puerperal F53.1	240
-reactiva breve SAI F23.9	144
-SAI F29	146
-senil F03. Ver Demencia presenil	
-simbiótica F84.3	328
-sintomática SAI F09	54, 88
Reacción (a) (de)	
-ansiedad F41.1	193
-depresiva	
--breve F43.20	204
--prolongada F43.21	204
--y de ansiedad, mixta F43.22	204
-duelo F43.2	204
-esquizofrénica latente F21	139

-estrés	
--agudo F43.0	201
--grave	
---otra, especificada F43.8	206
---SAI F43.9	206
---y trastornos de adaptación F43	200
-hipercinética (de la infancia y adolescencia SAI) F90.9	337
-mixta de ansiedad y depresión F43.2	204
-orgánica aguda F05	79
-paranoide F23.3	144
-situacional F43.2	205
Rechazo sexual F52.10	236
Restzustand, esquizofrénico F20.5	134
Retraso Retardo	
-específico (del) (de la)	
--deletreo F81.1	319
--lectura F81.0	318
--ortografía, sin trastorno de la lectura F81.1	319
-mental	
--asociado a (con)	
---angiomas cerebral trigeminal (enfermedad de Sturge-weber-Dimitri)	302
---anomalías cromosómicas	305
---cromosoma 18 anular	306
---degeneración hepato-lenticular	300
---deleción del brazo corto del grupo 4-5 (cri du chat)	306
---deleción parcial del brazo largo del cromosoma 18	306
---enfermedad	
----de Klinefelter	305
----de Nieman-Pick	297
----encefálica extensa (postnatal)	301
---esclerosis tuberosa (epiloia) enfermedad de Bourneville	302
---fenilcetonuria	297
---gargolismo (enfermedad de Hurler)	297
---hidranencefalia	303
---hidrocefalia congénita	303
---hipertelorismo	304
---influencias prenatales no conocidas	303
---institucionalismo	308
---lipidosis cerebral	
----infantil (enfermedad de Tay-Sach)	301
----infantil tardía (enf de Bielschowky)	301
----juvenil	301
----juvenil tardía	301

---microcefalia familiar	304
---nacimiento prematuro	307
---neurofibromatosis (enfermedad de Von Recklinghausen)	302
---patrones desviados del cuidado materno	308
---privación psicosocial (ambiental)	307
---síndrome de (del)	
----Down	305
----Laurence-Moon-Biedl	304
----Rett	308 y 326
----X frágil	307
---trastorno del metabolismo, crecimiento o nutrición	298
--características evolutivas	292
--concepto	283
--consecutivo a (a las)	
---daño prenatal	298
---enfermedad por virus de inclusión citomegálica	297
---grandes afecciones psiquiátricas	307
---íctero nuclear (Kern-íctero)	298
---infección o intoxicación	296
---sífilis congénita	297
---toxoplasmosis congénita	297
---traumatismo, agente físico o anoxia	298
---traumatismo o anoxia durante el parto	298
--consideraciones generales	283
--cuadro clínico	284
--de grado	
---grave F72	286
----a profundo F76	287
---ligero F70	285
----a moderado F74	287
---moderado F71	286
----a grave F75	287
---otro	
----especificado F78	288
----no especificado F79	288
---profundo F73	287
--dificultades específicas, registro	289
--etapas del desarrollo	292
--introducción	281
--y las grandes afecciones psiquiátricas	309
Rett, síndrome de F84.2	308 y 326
Riesgo, Riesgoso	
-adictivo	108
-consumo (F1X.81)	107

-suicida	21
Ritmo circadiano invertido, psicógeno F51.2	232
Ritmo nictameral, inversión psicógena del F51.2	232
Rivalidad, entre	
-compañeros, no hermanos F93.8	346
-hermanos F93.3	345
Robo patológico F63.2	262
Rumiación obsesiva F42.0	200
Sadismo F65.5	267
Sadomasoquismo F65.5	267
Satiriasis F52.7	238
Separación	
-ansiedad de	
--durante la infancia F93.0	341
--en las madres de los pacientes	341
Sexual (es)	
-aversión y falta de goce F52.1	236
-deseo, perdida o disminución F52.0	236
-disfunción, no orgánica F52	235
--otra especificada F52.8	238
--SAI F52.9	238
-impotencia F52.2	236
-impulso excesivo F52.7	238
-maduración, trastorno de F66.0	287
-orientación egodistónica F66.1	269
-preferencia, trastornos de F65.9	269
--múltiple F65.9	269
--otro especificado F65.8	268
--SAI F65.9	269
-relaciones, trastorno de F66.2	269
Shock	
-cultural F43.2	204
-psíquico F43.0	201
Síncope, psicógeno F48.8	221
Síndrome (de, del, de la)	
-abstinencia F1X.3.Ver Abuso	103
-amnésico	
--inducido por alcohol u otras S.P.A. F1X.6	105
--orgánico (no alcohólico) F04	78
-ansioso-depresivo (ligero) F41.21	187 y 196
-Asperger F84.5	329
-bilis y cólera	364
-cerebral, postraumático, no psicótico F07.2	87
-colon irritable F45.32	217

-comportamiento, asociado a disfunciones fisiológicos y factores somáticos F59	241
-Da Costa F45.30	217
-de paso	55
-déficit de atención (con hiperactividad) F90.0	336
-dependencia F1X.2	102
-desarrollo	
--Gerstmann F81.2	320
-despersonalización-desrealización F48.1	220
-Dhat F48.8	221 y 364
-Down (trisomía 21)	305
-encefálico (cerebral) orgánico	15
--agudos	17 y 54
---clasificación	54
--crónicos	54
-fatiga F48.0	218
-Ganser F44.80	212
-Gilles de la Tourette F95.2	354
-Heller F84.3	327
-hipercinético SAI F90.9	337
-institucional (institucionalismo) F94.2	351
-Kanner F84.0	323
-Klinefelter	305
-Koro F48.8	221 y 365
-Korsakov	
--alcohólico F10.X6	106
--no alcohólicos F04	78
-Landau Kleffner F80.3	317
-Latah F48.8	221 y 365
-Laurence-Moon-Biedl	304
-lobotomía F07.0	85
-lóbulo frontal F07.0	85
-Manica	365
-Martin Bell	307
-maullido de gato	306
-múltiples quejas F45.0	213
-Munchausen F68.1	270
-orgánico. Ver Síndromes encefálicos	
-paso	55
-peregrinaje hospitalario F68.1	270
-personalidad	
--epiléptica F07.0	85
--orgánica F07.0	85
--por dolor crónico F62.8	260

-postconcusional F07.2	87
-postencefalítico F07.1	87
-post-leucotomía F07.0	86
-post-lobotomía F07.0	86
-postraumático cerebral, no psicótico F07.2	87
-presuicidal. (Riesgo suicida)	21
-Rett F84.2	308 y 326
-Tourette F95.2	354
Síntomas	
-físicos	
--elaboración de F68.0	269
--fingimiento de F68.1	270
-psicológicos, fingimiento de F68.1	270
Somatización, trastorno de F45.0	213
Somatomorfo (a)	
-disfunción autonómica F45.3	215
-trastorno F45	232
Sonambulismo F51.3	233
Sordera	
-a las palabras F80.2	316
-psicógena F44.6	212
Subnormalidad mental. Ver Retraso Mental	
Succión del pulgar F98.8	360
Sueño	
-inversión del, psicógena F51.2	232
-trastorno no orgánico del F51	229
--otro especificado F51.8	235
--SAI F51.9	235
Susto (o espanto)	368
Taijin Kyofusho F40.1	191 y 369
Tartamudez F98.5	359
Terrores nocturnos F51.4	233
Tic. Ver trastorno de tics	
Tortícolis psicógena F45.8	218
Tos, psicógena F45.33	217
Trance (y posesión), trastorno F44.3	210
Transexualismo F64.0	262
Transvestismo	
-de doble rol F64.1	263
-fetichista F65.1	266
-no fetichista F64.1	263
Trastorno (de) (del) (de la) (por)	
-actividad y atención F90.0	336
-adaptación F43.2	204

--con alteraciones (de)	
---disociales F43.24	204
---mixtas de la emociones y disocial F43.25	204
---otras emociones F43.23	204
--con otros síntomas específicos predominantes F43.28	204
--neurasteniforme F43.28	204
--otros, especificados F43.28	204
-afectivo. Ver Trastorno del estado de ánimo	
--estacional F33.8	177
--mixto F38.00	181
-agresivo en niños no socializados F91.1	338
-alimentación	
--en el adulto F50	226
--en la infancia y la niñez F98.2	356
--otro, especificado F50.8	229
--SAI F50.9	229
-alucinatorio orgánico (no alcohólico) F06.0	81
-ansiedad	
--de separación F93.0	341
--fóbica F40.1	189
---con trastorno de pánico F40.X0	188
---en el adulto F40	188
---en la niñez F93.1	341
---otro, especificado F40.8	191
---SAI F40.9	191
---sin trastorno de pánico F40.X0	188
--generalizada	
---en el adulto F41.1	193
---en la niñez F93.80	347
--histérica F41.8	197
--mixto, otros F41.3	197
--orgánico F06.4	83
--otros F41	191
---especificados F41.8	197
--SAI F41.9	197
--social en la niñez F93.2	344
--y depresión F41.2	196
---de intensidad ligera F41.21	187 y 196
---de intensidad mínima F41.20	187 y 196
-aprendizaje (del desarrollo) F81	317
--de las habilidades	
---aritméticas F81.2	320
---escolares F81	317
----mixto F81.3	320

----otros, especificados F81.8	321
----SAI F81.9	322
--específico (de) (de la)	
---aritmética (cálculo) F81.2	320
---expresión escrita F81.80	321
---lectura F81.0	318
---ortografía F81.1	319
--otro, especificado F81.8	321
--SAI F81.9	322
-articulación, funcional F80.0	314
-autístico, autista F84.0	323
-bipolar F31	167
--actualmente en remisión F31.7	170
--en fase prodrómica depresiva F31.82	171
--en fase prodrómica maníaca F31.81	170
--episodio actual	
---depresivo grave	
-----con ideas delirantes o alucinaciones F31.5	170
-----sin ideas delirantes ni alucinaciones F31.4	169
---leve o moderado F31.3	169
----con síntomas melancólicos (somáticos) F31.31	169
----sin síntomas melancólicos (somáticos) F31.30	169
---hipomaníaco F31.0	168
---maníaco	
----con ideas delirantes o alucinaciones F31.2	169
----sin ideas delirantes ni alucinaciones F31.1	169
---mixto F31.6	170
--orgánico F06.31	83
--otros especificados F31.8	170
--SAI F31.9	171
--tipo II F31.8	170
-carácter F68.8	271
-ciclo sueño-vigilia F51.2	232
-cognitivo leve F06.7	84
-comportamiento (conducta)	
-- en la niñez SAI F91.9	340
--social en la niñez	
---otro, especificado F94.8	352
---SAI F94.9	352
-comprensión del lenguaje F80.2	316
-conducta. Ver Trastorno disocial	
--alimentaria F50	226
--otro, especificado F50.8	229
--SAI F50.9	229

-conversión F44. Ver Trastorno Disociativo	206
-corporal dismórfico F45.2	215
-crepuscular	
--disociativo F44.88	213
--orgánico F06.5	84
--psicogénico F44.88	213
-déficit de atención	
--con hiperactividad F90.0	336
--sin hiperactividad F98.8	360
-delirante inducido F24	144
-depresivo F32.9	174
--breve, recurrente F38.10	181
--orgánico F06.32	83
--recurrente F33	175
---actualmente en remisión F33.4	176
---breve F38	181
---en fase prodrómica F33.81	177
---episodio actual	
----grave	
-----con ideas delirantes o alucinaciones F33.3	176
-----congruentes con el estado de ánimo F33.30	176
-----no congruentes con el estado de ánimo F33.31	176
-----sin ideas delirantes ni alucinaciones F33.2	176
----leve F33.0	176
-----con síndrome melancólico F33.01	176
-----sin síndrome melancólico F33.00	176
----moderado F33.1	176
-----con síndrome melancólico F33.11	176
-----sin síndrome melancólico F33.10	176
---otro, especificado F33.8	177
---SAI F33.9	177
-desarrollo (de) (del) (de la)	
--articulación del lenguaje F80.0	314
--coordinación F82	322
--funcional de la articulación del lenguaje F80.0	314
--funciones motrices F82	322
--generalizado(s) F84	323
---otros especificados F84.8	329
---SAI F84.9	329
--habilidades escolares F81	317
---otros, especificados F81.8	321
---SAI F81.9	322
--habla y lenguaje F80	314
---otro, especificado F80.8	317

---SAI F80.9	317
--lenguaje SAI F80.9	317
--mixto, especificado F83	323
--psicológico F80-F89	312
---introducción	314
---otro F88	330
---SAI F89	330
--psicosexual	
---otro, especificado F66.8	269
---SAI F66.9	269
-desintegrativo de la niñez (infancia)	
--otro especificado F84.3	327
-despertar sexual femenino F52.2	236
-dismorfofóbico F45.2	215
-disocial (es) F91	337
--depresivo F92.0	340
--desafiante opositorista F91.3	338
--en niños	
---no socializados F91.1	338
---socializados F91.2	338
--en pandilla F91.2	338
--limitado al contexto familiar F91.0	338
--otro, no especificado F91.8	340
--SAI F91.9	340
--y de las emociones, mixto F92	340
---otro, especificado F92.8	340
---SAI F92.9	340
-disociativo (a) (de conversión) F44	206
--de la motilidad voluntaria y la sensibilidad F44.4-F44.7	211
--de los movimientos F44.4	211
--mixtos F44.7	212
--orgánico F06.5	84
--otro, especificado F44.8	212
--SAI F44.9	213
--transitorios de la niñez y la adolescencia F44.82	213
-dolor persistente somatomorfo F45.4	217
-emociones	
--de comienzo durante la niñez F93	340
---especificado F93.8	346
---otros F98	354
---no especificado F93.9	349
-erección F52.2	236
-específico(s) (de) (del) (de la)	
--deletreo (ortografía) F81.1	319

--desarrollo	
---de la función motriz F82	322
---de las habilidades	
----aritméticas F81.2	320
----escolares (del aprendizaje) F81	298
---del habla y el lenguaje F80	314
----otras, especificadas F80.8	317
----SAI F80.9	317
---mixtos F83	323
--expresión escrita F81.80	321
--habilidades aritméticas F81.2	320
--lectura F81.0	318
--ortografía F81.1	319
--personalidad F60	247
--pronunciación F80.0	314
-esquizoafectivos F25	145
--tipo	
---depresivo F25.1	146
---maníaco F25.0	146
---mixto F25.2	146
---otros, especificados F28	146
---SAI F25.9	146
-esquizoide	
--de la infancia F84.5	329
--de la personalidad F60.1	250
-esquizotípico (de la personalidad) F21	137
-estado de ánimo F30-F39	150
--mixtos F38.00	181
--otros F38	181
---aislados F38.0	181
---especificados F38.8	181
---recurrentes F38.1	181
---SAI F39	181
--prolongados (persistentes) F34	177
---otros, especificados F34.8	181
---SAI F34.9	181
--recurrentes F33	175
-estrés postraumático F43.1	203
-evitativo, de la infancia o adolescencia F93.2	344
-exaltación afectiva	160
--características	161
-expresión del lenguaje F80.1	315
-fonológico del desarrollo F80.0	314
-función motora, especificado F82	322

-funcional de la articulación del lenguaje F80.0	314
-generalizado del desarrollo F84	323
--otro, especificado F84.8	329
--SAI F84.9	329
-habilidades aritméticas (específico) F81.2	320
-habilidades escolares, mixto F81.3	320
-hábitos e impulsos F63	260
--especificado F63.8	262
--SAI F63.9	262
-habitualmente diagnosticados durante la infancia y la adolescencia (F7 a F9)	274
--introducción	277
--prólogo	275
-habla y lenguaje. Ver Trastornos del desarrollo	
-hiperactivo. Ver Hipercinético.	
-hipercinético(s) F90	335
--con retraso mental y movimientos estereotipados F84.4	328
--disocial (de la conducta) F90.1	336
--otro, especificado F90.8	337
--SAI F90.9	337
-hipocondríaco F45.2	215
-humor, afectivo. Ver Estado de ánimo	
-ideas delirantes F22.0	139
--inducidas F24	139
--orgánico (esquizofreniforme) F06.2	82
--prolongado F22	139
---otro	
----especificado F22.8	141
----SAI F22.9	142
-identidad	
--de género	
---en la niñez F64.2	263
---otro, especificado F64.8	264
---SAI F64.9	264
--sexual (de género) F64	262
---otros, especificados F64.8	264
SAI F64.9	264
-inadaptación neurótica durante la infancia F93.81	348
-inclinaciones sexuales F65	264
--múltiple F65.6	268
--otro, especificado F65.8	268
--SAI F65.9	269
-ingestión de alimentos	
--otro, especificado F50.8	229

--SAI F50.9	229
-función sexual, SAI F64.9	264
-labilidad emocional (asténico), orgánico F06.6	84
-lectura, específico F81.0	318
-lenguaje	
--especificado F80.8	317
--expresivo F80.1	315
--receptivo F80.2	316
--SAI F80.9	317
-maduración sexual F66.0	269
-maníaco	
--orgánico F06.30	83
--recurrente F31.8	170
-mental y del comportamiento (debido a) (al)	
--consumo de alcohol u otra sustancia psicoactiva F10-F19	91
---especificada F1X.8	107
---SAI F1X.9	109
--disfunción fisiológica y a factores somáticos SAI F59	241
--en el período grávido-puerperal (puerperio) F53	238
---grave F53.1	240
---leve F53.0	240
---otro, especificado F53.8	240
---SAI F53.9	240
--enfermedad física F06.9	85
---especificada F06.8	85
--lesión o disfunción cerebral F06	80
---otro, especificado F06.8	85
---SAI F06.9	85
--orgánico F09	88
--sintomático F09	88
--y lesión cerebral	55
-mixto	
--ansioso depresivo	
---ligero F41.21	187 y 196
---mínima (intensidad) F41.20	187 y 196
--de las habilidades escolares F81.3	320
--disocial y depresivo F92.0	340
-múltiple del desarrollo F84.8	329
-neurótico F48	218
--especificado F48.8	221
--SAI F48.9	222
--secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	185
F40-F48	
-obsesivo-compulsivo F42	197

--con actos e ideas obsesivas mixtos F42.2	200
--con predominio de actos compulsivos F42.1	200
--con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas F42.0	200
--otros, especificados F42.8	200
--SAI F42.9	200
-orgánico o sintomático	
--alucinatorio F06.2	82
--catatónico F06.1	81
--delirante (esquizofreniforme) F06.2	82
--depresivo F06.32	83
--disociativo F06.5	84
--esquizofreniforme F06.2	82
--estado de ánimo F06.3	83
---por afectación del hemisferio derecho F07.8	88
--humor, afectivo F06.3	83
--lábil emocional, asténico F06.6	84
--maníaco F06.30	83
--mental	
---otro, especificado F08	88
---SAI F09	88
--paranoide F06.2	82
--personalidad, de la F07.0	85
---otro, especificado F07.8	88
---SAI F07.9	88
---y del comportamiento F07	85
-pánico F41.0	191
--con agorafobia F40.01	188
-paranoide	
--inducido F24	144
--involutivo F22(.0)(.8)	139, 141
--orgánico F06.2	82
-personalidad, (de la)	
--afectiva F34.0	177
--agresiva F60.30	252
--amoral F60.2	251
--anancástica F60.5	254
--anormal F60.9	258
--ansioso F60.6	255
--antisocial F60.2	251
--asocial F60.2	251
--asténico F60.8	271
--borderline F60.31	252
--cicloide (ciclotímica) F43.0	201

--compulsiva F60.5	254
--dependiente F60.7	256
--depresiva F34.1	179
--disocial F60.2	251
--esquizoide F60.1	250
--esquizotípico F21	137
--evitativa F60.6	255
--explosiva F60.30	252
--fanática F60.0	250
--histérica F60.4	253
--histriónica F60.4	253
--inadecuada F60.8	258
--inestable emocional F60.3	252
---tipo impulsiva F60.30	252
---tipo límite F60.31	252
--inmadura F60.8	256
--introvertida F60.1	250
--límite F60.31	252
--mixtos F61.0	258
---y otros F61	258
--múltiple F44.81	212
--narcisista F60.8	256
--obsesiva F60.5	254
--obsesivo (compulsiva) F60.5	254
--orgánica F07.0. Ver Trastorno orgánico de la personalidad	85
--otro, especificado F68.8	271
--paranoide (expansiva) F60.0	250
--pasivo-agresiva F60.8	258
--patológica F60.9	258
--psiconeurótica F60.8	256
--psicopática F60.2	251
--querulante F60.0	250
--SAI F60.9	258
--sensitivo paranoide F60.0	250
--sociopática F60.2	251
--tipo mixto F61.0	258
--y del comportamiento (adultos)	
---otro, especificado F68	269
---SAI F69	271
-posesión F44.3	210
-psicológico y del comportamiento, en el desarrollo y orientación sexuales F66	269
-psicosomático	

--indiferenciado F45.1	214
--múltiple F45.0	213
-psicótico	
--agudo (y transitorio F23)	142
---con predominio de ideas delirante F23.3	144
---otros, especificados F23.8	144
---polimorfo	
----con síntomas de esquizofrenia F23.1	144
----sin síntomas de esquizofrenia F23.0	143
---SAI F23.9	144
---tipo esquizofrénico F23.2	144
--inducido por alcohol u otra sustancia psicotrópica F1X.5	105
--no orgánico F29	146
---especificado F28	146
--orgánico F09	88
--polimorfo, agudo. Ver Trastorno psicótico agudo	
--residual y de comienzo tardío, inducido por el uso de sustancias psicotropas F1X.75	106
-relaciones sexuales F66.2	269
-rivalidad entre hermanos F93.3	345
-somatización F45.0	213
-sوماتomorfo(s) F45	213
--especificado F45.8	218
--indiferenciado F45.1	214
--SAI F45.9	218
-sueño de origen no orgánico F51	229
--otro, especificado F51.8	235
--SAI F51.9	235
-tics F95	352
--motores o fonatorios crónicos F95.1	355
--múltiples, motores y fonatorios combinados (síndrome de Guilles de la Tourette) F95.2	354
--otros, especificado F95.8	354
--SAI F95.9	354
--transitorios F95.0	353
-trance y posesión F44.3	210
-vinculación, de la infancia, --desinhibido F94.2	351
--reactivo F94.1	350
Tricotilomanía F63.3	262
Vagnismo, no orgánico F52.5	238
Vendegente	371
VIH	
-demencia por F02.4	77

-encefalitis, subaguda F02.4	77
-encefalopatía F02.4	77
Vómitos	
-asociados con otras alteraciones psicológicas F50.5	229
-psicógenos F50.5	229
Vudú	369
Voyeurismo F65.3	267
Wernicke, afasia de, del desarrollo F80.2	316
Whitigo (windigo)	369

BIBLIOGRAFIA

- ♦ Acosta, Nodal C., et. al. Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas (GC-1). Ira. ed. Hospital Psiquiátrico de la Habana. 1975.
- ♦ Acosta, Nodal C., et. al. Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas. (GC-2) 2da. ed. Editorial Científico Técnica. La Habana. 1986
- ♦ Acosta, Nodal C.: El Lenguaje Cinematográfico en la Docencia Médica. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana 22: 367-378, 1981.
- ♦ Acosta, Nodal C.: Cinedebate Terapéutico su Aplicación en la Docencia Médica: Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana 17: 1-18, 1976.
- ♦ Acosta Rabaza C., Castro González A.: Reacción Psicótica Delirante Aguda y Enfermedad Somática. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana 26: 97-113 (Suplemento).
- ♦ Alonso Fernández F.: El Modelo Vital Tetradimensional de la Depresión. Coordinador F. Alonso Fernández., 1er. ed. pp. 1-22, Edikamed, Barcelona 1997.
- ♦ Alonso Fernández, F. Fundamentos de la Psiquiatría actual. Tomo II: 2 ed. Paz MONTALVO-Madrid 1972.
- ♦ Alonso Fernández, F.: Morbilidad Psiquiátrica en los Profesionales Sanitarios. Psicopatología 8,2 (121-132). 1988.
- ♦ Alonso Fernández, F.: Las Otras Drogas. Temas de Hoy. Madrid 1996.
- ♦ Alonso Fernández, F.: La Depresión y su Diagnóstico. Nuevo Modelo Clínico. Labor, Barcelona, 1988.
- ♦ Alonso Fernández, F.: Vencer la Depresión con Ayuda del Médico, la Familia y los Amigos. Temas de Hoy, Planeta, Madrid. 1994.
- ♦ Alonso Fernández, F.: Alcohol Dependencia. La Personalidad del Alcohólico. 3ra.ed., Salvat, Barcelona, 1992.
- ♦ Alonso Fernández, F.: Compendio de Psiquiatría. 2da. ed., Oteo, Madrid, 1982.
- ♦ Alpert M. et. al.: Vocal Acoustic Correlates of Flat Affect in Schizophrenia. Similarity to Parkinson's Disease and Right Hemisphere Disease and Contrast with Depression, British Journal of Psychiatry (1989). 154 (suppl.4) 51-56.

- ♦ American Psychiatric Association (Task Force on DSM-IV).: DSM-IV Draft Criteria. 1st ed., Washington D.C., American Psychiatric Association, 1993.
- ♦ American Psychiatric Association.: DSM-IV Sourcebook. Vol.1. 1st ed., Washington, D.C. American Psychiatric Association.
- ♦ American Psychiatric Association.: Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (DMS-IV) 4th. ed. Washington. D.C. American Psychiatric Association. 1994.
- ♦ Barrientos Llanos, G.; Castro-López, H.: Tendencias Actuales en Psiquiatría. Experiencia Cubana, 2da. ed., La Habana, Editorial Científico Técnica, 1989.
- ♦ Berganza, C.E. en: Curso sobre Clasificación. 10mo. Congreso de Centroamérica y Panamá. Managua, Marz., 1996.
- ♦ Bramer, G.R.,: Tenth Revision of the International Classification of Diseases in Progress. British Journal of Psychiatry (1988). 152 (Suppl.1) 29-32.
- ♦ Bruni Celli, B.: La Filosofía Griega en el Corpus Hipocrático. En: Filosofía en la Medicina. pp. 29-47. Universidad de Carabobo. Valencia, 1993.
- ♦ Burker Jr J.D.: Field Trials of the 1987 Draft of Chapter V(F) of ICD-10. British Journal of Psychiatry (1989). 154 (Suppl.4) 21-23.
- ♦ Bustamante, J.A.; Santa Cruz, A.: Psiquiatría Trascultural. La Habana, Editorial Científico-Técnica, 1975.
- ♦ Cabral, C.A.: Pensamiento Mágico y Drogadicción en: Resumen del 3er Congreso del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española. Madrid. 1995.
- ♦ Calzadilla Fierro, L.; Calles Bajos, N.: Epidemiología del Suicidio en la Regional Matanzas: 1968-1974. Rev. Hosp. Psiq. Hab. 18 (1): 115-122, 1977.
- ♦ Calzadilla Fierro, L.: Valoración del Riesgo Suicida en el Paciente Deprimido. Rev. Hosp. Psiq. Hab. 24 (2): Abril-Junio, 1982.
- ♦ Calles Bajo, N., López Valdés, G., Ceiro Valcarcel, E.: Estudio Comparativo en Cuba y Africa Acerca de los Conceptos Populares Sobre la Enfermedad Mental. La Habana, Empresa Bibliográfica, MINSAP, 1980.
- ♦ Cooper, J.E.: An Overview of the Prospective ICD-10 Classification of Mental Disorders. British Journal of Psychiatry 154 (Suppl. 4): 21-23, 1989.

- ♦ Cooper, J.E.: The Structure and presentation of Contemporary Psychiatric Classification with Special Reference to ICD-9 and 10, British Journal of Psychiatry (1988), 152 (suppl.1). 51-58.
- ♦ Delgado, H.: El Médico, La Medicina y El Alma. 3ra. ed., Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 1992.
- ♦ Echazábal Campos, M.A., Otero Ojeda, A.A.: Estudio Cruzado CIE-9 / CIE-10 de Casos Diagnosticados como Neurosis. Trabajo Presentado en el 10mo. Congreso de Psiquiatría de Centroamérica y Panamá. Managua. Marz. 1996.
- ♦ Echazábal Campos, M.A., Otero Ojeda, A.A.: Uso de Sistemas Taxonómicos por los Psicólogos en Cuba. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. En prensa.
- ♦ Escobar, J.I.: Canino, G.: Unexplained Physical complaint. Psychipatology and Epidemiological Correlate. British Journal of Psychiatry (1989), 154 (Suppl.4) 24-27.
- ♦ Etchegoyen, R.H.: The concept of perversion in Psychoanalysis. British Journal of Psychiatry (1989), 154 (Suppl.4).81-83.
- ♦ Fabregas, H.: Cultural and Historical Foundations of Psychiatric Diagnosis: En Culture and Psychiatric Diagnosis. Mezzich J. et al Editor. American Psychiatric Press, inc. Washington D.C. 1996.
- ♦ Friedhoff, A.J., Simkowitz, P.: A New Conception of the Relationship Between Psychological Coping Mechanisms and Biological Stress Buffering Systems. British Journal of Psychiatry (1989), 154 (suppl.4) 61-66.
- ♦ García-Sevilla, J.A.: The platelet alfa 2-adrenoreceptor as a potential biological marker in depression. British Journal of Psychiatry (1989), 154 (suppl.4) 67-72.
- ♦ González Menéndez, R.: El Médico ante el Trastorno Psiquiátrico Menor, 1ra. ed. Stgo. de Cuba, Editorial Oriente, 1980.
- ♦ González Menéndez, R.: Psiquiatría para el Médico General. 2da. Edición. La Habana, Editorial Científico Técnica, 1988.
- ♦ González Menéndez, R., et al.: Los Patrones de Consumo Alcohólico en el Cine. Estudios de una Muestra de Filmes Cubanos y de Otros Países Latinoamericanos. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, 29: 41-52, 1988.

- ♦ González Menéndez, R., et al.: Un Bolero Para Eduardo. "Anillos de Oro". Difusión Televisiva de Actitud Ante los Tóxicos en Dos Latitudes. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 35: 13-16, 1994.
- ♦ Gumon, J.: The biases of Psychiatric Diagnosis. British Journal of Psychiatry (1989), 154 (suppl.4) 33-37.
- ♦ Inaudy Bolivar, E.: Enfermedad y Mito en el Mundo Pemón: En: Filosofía en la Medicina II. Ed Carlos Rojas Malpica. pp. 87. Universidad de Carabobo. Edit. Tatum. C.A. Valencia, 1995.
- ♦ Jablensky, A.: Methodological Issues in Psychiatric Classification. British Journal of Psychiatry (1988), 152 (suppl.1), 15-20.
- ♦ Jorge M.R.: Avaliacao Critica da Diagnostico Multiaxial mas Classificacoes Psiquiatricas: Uma Proposta de Sistematizacao de Registro de Curso da Doenca. Tesis Doctoral.
- ♦ Lee Sing.: The CCMD-2R, and International Classification of Mental Disorders. Reprint.
- ♦ Lee Sing.: Cultures in Psichiatric Nosology: The CCMD-2-R and International Classification of Mental Disorders. Reprint.
- ♦ Lobo A.: On Multiaxial Psychiatric Diagnosis for General Medical Patients. British Journal of Psychiatry 154 (Suppl.4): 38-41, 1989.
- ♦ López-Ibor, J.J.et.al.:Neuroendocrine Challenges in the Diagnosis of Depressive Disorders. British Journal of Psychiatry (1989) 154 (Suppl.4) 73-76.
- ♦ Marcos, L. R., Gil, R. M.: The Diagnosis of Public Mental Health care. Bureaucrasies. British Journal of Psychiatry (1989), 154 (suppl.4) 96-100.
- ♦ Mariategui J.: Pensamiento Mítico y Mundo Andino. En: Resúmenes del 3er. Congreso del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española, Madrid, 1995.
- ♦ Mariategui J.: Antropología de la Depresión. En Nuevas Aportaciones sobre la Depresión. Coordinador Alonso Fernández, 1ra. ed. pp. 33-46. Edikamed. Barcelona 1997.
- ♦ Mateo Pérez A.: Temas de Salud Mental. 1ra. ed. Santo Domingo, Editora Taller C, 1996.

- ♦ Mezzich, J.E., Fabregas H. Jr., Kleimman A.: Cultural Validity and DSM-IV. JNMD Editorial, Sept. 9., 1991.
- ♦ Mezzich, J.E., et al.: Psychiatric Diagnosis in Primary Care and the Personal Health Scale, Beigel, A. (ed): Scientific Publishing, Riveredge, New Jersey, in press.
- ♦ Mezzich, J.E., et.al.: Introduction to Cultural Issues For DSM-IV. Technical report submitted to the DSM-IV task force by the steering committee, group on culture and diagnosis, National Institute of Mental Health, Pittsburgh January, 1994.
- ♦ Mezzich, J.E., Lin, Keh Ming, : "Acute Transient and Culture Bound Psychoses" Kaplan HI, Sadock, B.J., (Eds.): Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition. Baltimore, Willsams & Wilkins, in press.
- ♦ Mezzich, J.E.: An Empirical Prototypical Approach to the Definition of Psychiatric Illness. British Journal of Psychiatry (1989) 154 (suppl.4) 42-46.
- ♦ Mezzich, J.E.: On Developing a Psychiatric Multiaxial Schema for ICD-10. British Journal of Psychiatry (1988). 152 (suppl.1) 38-43.
- ♦ Mezzich, J.E., Honda, Y., Kastrup, M . Psychiatric Diagnosis 1er. ed. New York, Springer-Verlag, 1994.
- ♦ Mezzich, J.E., et. al.: The Place of Culture in DSM-IV. In Proceeding of the NMH Conference on Culture, Diagnosis and Care. San Diego. 1995.
- ♦ Mezzich, J. E., Hughes, C.: DSM-IV and Culture -Bound Psychiatric Syndromes. Review Article Prepared for the Harvard Review of Psychiatry.
- ♦ Mezzich, J.E., Schmolke, M. M.: "Multiaxial Diagnosis and Psychotherapy Planning. Psychotherapy and Psychosomatic, in press.
- ♦ Mezzich, J.E.,: International Perspectives on Psychiatric Diagnosis in: Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition. Baltimore. Williams and Wilkins, in press.
- ♦ Mezzich, J.E., et al.: Culture and Psychiatric Diagnosis 1st ed. American Psychiatric Press, inc Washington D.C., 1996.
- ♦ Moreno Olmedo, A.: Homo Convivalis y Medicina Social. En Filosofía en la Medicina II ed. Carlos Rojas Malpica. Universidad de Carabobo. Ed Tatum, Valencia 1993- pp 115-142.

- ♦ Nuño J.: Vida y Muerte en el Mundo Antiguo. En Filosofía en la Medicina II. Editor Carlos Rojas Malpica. pp. 7-28. Universidad de Carabobo. Ed. Tatum. Valencia 1993.
- ♦ Organización Mundial de la Salud: Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid, Meditor, 1992.
- ♦ Organización Mundial de la Salud: Trastornos Mentales y del Comportamiento: Criterios Diagnósticos de Investigación Madrid - Meditor-1993.
- ♦ Organización Mundial de la Salud: Prevención del Suicidio. Cuadernos de Salud Pública. No.35. Ginebra, 1969.
- ♦ Organización Panamericana de la Salud: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10ma Revisión, CIE-10. (Pub. Científica 554) Vol.1. 1er Ed. Washington. D.C. a. P.s. @ 1995.
- ♦ Otero, Ojeda, A.A.: Psicosis Asociada al Retraso Mental. Rev.Hospital Psiquiátrico de La Habana. Vol. XXI No.1. Enero-Marzo, 1980.
- ♦ Otero, Ojeda, A.A., Psicosis Puerperal. Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana. Vol. Ext. No.5, 1980.
- ♦ Otero, Ojeda, A.A.: Ubicación de los Trastornos Depresivos Según los Criterios del GC-2 y el DSM-III. Encuentro Regional de la A.P.A.L. Habana, 1991.
- ♦ Otero, Ojeda, A.A.: Reevaluación Taxonómica Tras Dos Años de Seguimiento. Trabajo leído en Panel en Encuentro Regional de la A.P.A.L. Habana, 1991.
- ♦ Otero, Ojeda, A.A.: Contribuciones Latinoamericanas y Cubanas a la Nosología Psiquiátrica Internacional. Simposio de la Sección de Clasificación de la W.P.A., La Habana, 1994.
- ♦ Otero, Ojeda, A.A.: Aportaciones Regionales a la CIE-10. Ponencia sobre GC-3 en: Diálogo con los Expertos, XVIII Congreso de la A.P.A.L., México, Octubre de 1994.
- ♦ Otero, Ojeda, A.A.: Los Glosarios Cubanos de Psiquiatría, Historia y Perspectivas. Vol. de la Sección de Clasificación de la W.P.A., (NEWS WEEK), 1994.
- ♦ Otero, Ojeda, A.A.: Prevención Secundaria de la Depresión (Diagnóstico Precoz). En: Nuevas Aportaciones sobre la Depresión. Coordinador: Alonso Fernández. pp. 95-108. Edikamed. Barcelona, 1997.

- ♦ Otero, Ojeda, A.A., Acosta, Nodal, C.: Características y Aportaciones Fundamentales del Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría. La Habana. Hospital Psiquiátrico de La Habana, 1995.
- ♦ Otero Ojeda, A.A., et al.: Anteproyecto del Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría. La Habana. Hospital Psiquiátrico de La Habana, 1996.
- ♦ Otero Ojeda, A.A.: Glosario Cubano de Psiquiatría. 30 años de Experiencia del Hospital Psiquiátrico de La Habana en Taxonomía Psiquiátrica. Anales de Salud Mental (1995) X: 189-194.
- ♦ Otero Ojeda, A.A.: Regional Adaptations to ICD-10. Conferencia pronunciada en Global Patterns in Psychiatry. Loma Linda University California. Mayo 1997.
- ♦ Otero Ojeda, A.A.: Adaptación Cultural del Sistema Multiaxial de la CIE-10 a través de Ejes Complementarios. Hospital Psiquiátrico de La Habana La Habana, Editorial Científico Técnica, 1994.
- ♦ Otero Ojeda, A.A.: Latin American Contribution to Psychiatric Taxonomy: To Kaplan HI, Sadoak B.J. (Editors). Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Ed. Baltimore, Williams and Wilkins, In Press.
- ♦ D.L.Tabasco J.V.: Tratado de Psiquiatría (Grundriss Der Psychiatric Carl Wernicke) 1ra. 2da. Ed. Polemos S.A. Buenos Aires 1996.
- ♦ Pérez Francisco, C.: Algunas Críticas al Manual de Diagnósticos y Estadísticas de los Trastornos Mentales DSM-III. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 28: 467-472, 1982.
- ♦ Pérez Villar, J. y col.: Clínica Psiquiátrica Infantil, 1er ed. Impresora Universitaria "Andre Voisin". Habana, 1976.
- ♦ Poveda J.M.: Locura y Creatividad. 1er ed., Editorial Alhambra, Madrid, 1981.
- ♦ Ramírez E.: Manual Operacional para la Evaluación Octagonal. Secretaría Auxiliar de Salud para la Salud Mental. San Juan, Puerto Rico, 1989.
- ♦ Ramírez E.: Guide of Octagonal Ranking of Clinical Data. Reprint.
- ♦ Ravelo Pérez, V., Otero, Ojeda A.A.: El Glosario Cubano de las Enfermedades Mentales. Trabajo presentado en el simposio sobre "Clasificación Internacional y Adaptaciones Regionales". 10^{mo}. Congreso mundial de Psiquiatría. Madrid 1996.

- ♦ Ravelo Pérez, V., Otero, Ojeda, A.A.: Clasificación de Enfermedades y el GC-3 en Psiquiatría Infantil. Trabajo presentado en el simposio Recientes Avances en el Diagnóstico en Psiquiatría Infantil. X Congreso Mundial de Psiquiatría. Madrid, 1996.
- ♦ Rojas Malpica, C.: La investigación Cualitativa en Medicina. En: Filosofía en la Medicina II. pp. 161-178, Universidad de Carabobo, Valencia, 1995.
- ♦ Rojas Malpica, C.: Introducción: En: Filosofía en la Medicina II. 1er Ed. pp. 1-6, Universidad de Carabobo, Edit. Tatum, C.A. Valencia, 1993.
- ♦ Sartorius N., et.al.: "Introducción". British Journal of Psychiatry (1988), 152 (suppl.1).
- ♦ Sartorius N.: The Classifications of Mental Disorders in the Tenth Revision of the International Classification of Disorders. Eur Psychiatry (1991) 6, 315-322 Elsevier. París.
- ♦ Sartorius N.: International Perspective of Psychiatric. Classification. Brithis Journal of Psychiatry, 152 (suppl.1) 9-14.
- ♦ Sartorius N., et.al.: Progress Toward Archieving a Common Language in Psychiatry. Arch. Gen. Psychiatry. 50:
- ♦ Sah Jon A.: Depresión durante la infancia. Clín.Méd. Norteamérica. Vol.4, 1988. pp.890. Ed. Revolucionarias.
- ♦ Sogi C., et.al.: Comparative distributions of the DSM-III. Diagnoses in North and South American Clinical Samples. British Journal of Psychiaty. (1989), 154, (suppl.4) 91-95.
- ♦ Stromgreen E.: The Development of the Concept of Reactive Psychoses. British Journal of Psychiatry. (1989). 154, (suppl.4) 47-50.
- ♦ Susser M, Susser E.: Choosing a Future for Epidemiology: From Black Box to Chinese Boxes. Reprint. Columbia University.
- ♦ Villaseñor Bayardo, S.J.: La Eficacia simbólica de la Magia Como Método Psicoterapéutico NAHUAS. En: Resumen del 3er Congreso del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española. Madrid. 1995.