

Capítulo XII

ENFERMEDADES MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

12.0 ENFERMEDADES MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

12.1 INTRODUCCION

La intención de estas normas es informar a los médicos de los criterios clínicos para elaborar diagnósticos que permitan cuantificar la magnitud del menoscabo por enfermedad mental y del comportamiento.

La Organización Mundial de la Salud en su Clasificación Internacional de Enfermedades en su capítulo de Trastornos Mentales y del Comportamiento entrega un glosario y guía en el que define el contenido de las diferentes categorías, nomenclaturas y códigos, que utilizaremos en estas normas de calificación del grado de invalidez.

La Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento obedecen a criterios descriptivos estimulando una observación cuidadosa; sin olvidar que son conceptos abstractos que agrupan categorías nosológicas y no propiamente a los individuos con el padecimiento. Aunque todas las personas afectadas por un mismo trastorno mental y del comportamiento presentan iguales síntomas, pueden diferir en otros aspectos importantes tales como la **evolución, el grado de impedimento o la estrategia terapéutica a seguir**. El desarrollo de la mente y el comportamiento están condicionados individualmente y algunas personas alcanzan un mayor grado de madurez en su ajuste que otras. Cada persona tiene un nivel de ajuste "premoribido" que sirve de marco de referencia para establecer su particular pérdida de función debido al trastorno mental y del comportamiento.

12.2 EVALUACION

Los miembros de los Comités Médicos y Médicos Consultores deben conocer el Capítulo sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades, ya que ha sido adoptado como la clasificación oficial y unificadora de los diferentes criterios psiquiátricos.

El conjunto de trabajadores que solicitan se les

otorgue invalidez pueden clasificarse en tres categorías.

La primera categoría presenta una enfermedad invalidante o varias, de fácil diagnóstico, el impedimento provocado por la enfermedad está configurado y existe pérdida de la capacidad de trabajo. En estos casos corresponde aceptar la solicitud y procede otorgar la invalidez.

La segunda categoría compuesta por afiliados en los cuales claramente corresponde rechazar la solicitud por cuanto:

- No hay trastorno mental y del comportamiento invalidante.

- Hay trastorno mental y del comportamiento, pero el impedimento provocado por él no está configurado.

- El trastorno alegado como invalidante debiera estar bajo observación y tratamiento médico.

- Hay trastorno mental y del comportamiento; está configurado el impedimento provocado por él; pero, la pérdida de la capacidad de trabajo es menor a lo establecido por la Ley.

La tercera categoría es el que plantea las mayores dificultades de los Comités Médicos por cuanto:

- Puede haber dudas en cuanto al diagnóstico.

- No es fácil si el impedimento está configurado.

- Hay impedimento configurado, pero no es fácil cuantificar la magnitud de pérdida de la capacidad de trabajo.

Especial dificultad plantea el diagnóstico diferencial entre fingimiento y trastorno disociativo (de conversión) en sus variedades: Amnesia disociativa, fuga disociativa, estupor disociativo, trastorno de trance y posesión, trastornos motores disociativos, anestias y pérdidas sensoriales disociativas. Un porcentaje de trastornos disociativos señalados configurarían impedimento, si es crónico o irreversible, pese al tratamiento bien llevado, y en algunos casos la invalidez estaría configurada. El fingimiento o simulación no es enfermedad y, obviamente, no procede otorgar invalidez.

Por otro lado, es impedimento configurado cuando:

- Se trata de una enfermedad crónica invalidante, que sigue su curso inexorable, que no tiene tratamiento en el estado actual de la medicina y por tanto su pronóstico es irrecuperable e irreversible.

Ejemplo: Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz (tipo 2).

- Cuando la persona, habiendo sido suficientemente estudiada y con diagnóstico consistente; ha sido sometida a tratamiento completo y bien llevado, y este tratamiento ha fracasado, no lográndose modificar el cuadro, o sólo ha remitido en forma parcial. Ejemplo: Esquizofrenia Paranoide residual.

- Si no se cumplen las dos condiciones señaladas; el caso debe rechazarse porque debería estar bajo observación y tratamiento médico.

Situaciones frecuentes de este tipo son:

- Afiliados presentando sintomatología de algún trastorno mental y de comportamiento, nunca han sido evaluados y tratados por un Psiquiatra.

- Afiliados con estudio adecuado, diagnóstico consistente pero, con tratamiento inadecuado o no completo. Ejemplo personas con trastorno distímico (depresión) que son tratados durante meses con 30 mg. de imipramina en circunstancias que las dosis terapéuticas son de 300 mg. diarias.

- Afiliados cuya afección requiere de psicoterapia, en sesiones bisemanales o semanales, pero en realidad son atendidos una vez al mes, ocasión en que sólo se les renueva la receta y el descanso médico.

- Casos en que no se ha agotado el arsenal terapéutico disponible. Por ejemplo, en pacientes con manía con síntomas psicóticos, que no han recibido tratamiento con carbonato de litio o carbamazepima, o en episodio depresivo grave con síntomas psicóticos que no se han utilizado otros antidepresivos, luego de haber fracasado el primer ensayo con uno; o bien no se ha intentado una terapia electroconvulsivante una vez fracasados los ensayos con antidepresivos.

La enfermedad mental de un individuo puede tener un considerable impacto social, como resultado, la queja puede venir de las personas cercanas al paciente, tales como el cónyuge, parientes, conciudadanos o el grupo social, quienes pueden indicar que la enfermedad mental parece existir en un individuo que carece de discernimiento, en lo que respecta a su capacidad deteriorada.

Ya que el confinamiento en una institución puede ocurrir debido a exigencias legales o sociales, por sí sólo no determina que el daño sea severo. Igualmente, el salir de este tipo de instituciones no significa mejoría. Como es habitual, la severidad y duración de la limitación en el trabajo son determinados por la evidencia médica.

La evaluación de las solicitudes de incapacidad basadas en desórdenes mentales, exige la consideración de la naturaleza y manifestaciones clínicas del daño o daños que van a determinar la pérdida en la capacidad de producción del individuo, según ésta se refleje en:

- Las actividades diarias, tanto en la esfera social

como ocupacional;

- Rango de interés;

- Capacidad para preocuparse de sus necesidades personales;

- Capacidad para relacionarse con otras personas.

La evaluación debe hacerse con evidencia médica consistente en signos clínicos que sean médicamente demostrables. Los síntomas que relata la persona o su acompañante, como restricción de las actividades diarias, disminución de sus intereses, impedimento en hábitos personales, incluyendo higiene personal y menor capacidad de relacionarse con otras personas deben ser coincidentes con los resultados del examen mental, los informes de laboratorio, y test psicológicos.

Se debe verificar la concordancia entre los síntomas mantenidos o quejas sostenidas por semanas o meses y el estado de homeostasis observado. Por ejemplo, un diagnóstico de anorexia nerviosa con una duración de varios meses es insostenible, si hay peso normal, fuerza y actividad diaria usual.

El que una persona sea diagnosticada con un trastorno mental y del comportamiento no significa que se categorice como incapacitado. Los mismos psiquiatras se resisten a declarar que un trastorno mental sea absolutamente incurable, y muchas veces el perito en sus informes dice "a la luz de los conocimientos médicos actuales y en mi opinión el trastorno del paciente es incurable". Sin embargo no todo trastorno mental incurable es incapacitante. Unas de las cosas que tiene que demostrar el perito es que existe una alteración severa del juicio. No se puede hacer una generalización válida acerca de la relación entre los diversos trastornos mentales y del comportamiento y la capacidad para el trabajo. La etiqueta diagnóstica que se liga al trastorno no es tan importante como el grado de alteración que se efectúa en el juicio. También hay que tener en cuenta si la condición mental es estática, progresiva o va mejorando. Un trastorno mental orgánico progresivo es típicamente un trastorno que incapacita a la persona para el trabajo. Pacientes que sufren de trastornos del humor; esquizofrénicos y sujetos con trastorno delusional experimenten tal alteración del juicio que se vuelven incapaces para el trabajo.

12.3 INFORMES DEL ESPECIALISTA

De lo descrito anteriormente, se desprende que el psiquiatra debe extremar su celo profesional. Por ello, a continuación se indican algunos criterios que debe utilizar el especialista para preparar su informe.

A. Anamnesis

Debe ser directa al paciente e indirecta a familiares, funcionarios relacionados u otros. Debe ser cotejada con el análisis de los antecedentes objetivos, tales como: fichas clínicas de hospitalización o seguimientos ambulatorios en hospitales estatales; clínicas privadas o consultas particulares; informes de consultores médicos y psicológicos; informes de visitas domiciliarias, al medio laboral u otras, etc. Y cotejada

finalmente con el cuadro psicopatológico y sus implicancias conductuales, afectivas e interaccionales. Además se debe pesquisar cuidadosamente el tratamiento realizado, para determinar si ha sido adecuado, suficiente o no. Se debe descartar toda información no objetiva.

B. Examen Físico

C. Examen Mental y del Comportamiento

Es de capital importancia. Debe considerarse la constitución física y psicológica; apreciación de la edad fisiológica; la apariencia, conducta y presentación personal; la adecuación a la situación de entrevistado y la conciencia de enfermedad; la psicomotilidad; la conciencia, la atención la orientación; la afectividad; el lenguaje, el pensamiento y el juicio; la memoria; la inteligencia; el carácter, rasgos de personalidad; otros.

D. Exámenes de Laboratorio

Dependiendo del tipo de patología en estudio, los exámenes de laboratorio pueden ser muy variados. Además de los exámenes generales: Hemograma, Hb, Hcto, Urea, Glucosa, Orina entre otros, se puede recurrir a los exámenes específicos: electroencefalografía, tomografía computarizada, determinación de niveles plasmáticos de diversos fármacos (antidepresivos, neurólépticos, antiepilépticos, litio, etc.); exámenes endocrinológicos como T3, T4, TSH; otros.

La determinación de niveles plasmáticos de fármacos ha permitido corroborar o descartar el buen seguimiento de afecciones con tratamiento farmacológicos específicos. Por ejemplo, un trabajador con epilepsia presentaba frecuentes crisis de gran mal tras haberse autosuspendido su medicación antiepiléptica. En otro caso, una persona que simulaba un impedimento psicoorgánico, estaba bajo el efecto de hipnóticos y clorpromazina.

E. Estudio Psicológico

El estudio psicológico mediante tests adecuadamente estandarizados permite evidenciar la presencia del daño existente. Estos estudios permiten analizar la inteligencia y su nivel, si existe impedimento psicoorgánico y su magnitud, la personalidad y sus rasgos preponderantes.

F. Observación Controlada (Casos Complejos)

Además de todo lo hasta aquí consignado, en aquellos casos muy difíciles o complejos, se puede recurrir a la hospitalización controlada, que facilita la evaluación en cuanto a diagnóstico, diagnóstico diferencial y determinación de la magnitud de la incapacidad. Para usar este recurso, se debe pedir autorización al (Comité Médico) COMAFP.

G. Conclusiones

En base a la anamnesis referencial, a la información laboral contenida en la ficha de datos personales, al examen físico, al examen mental y del comportamiento, al resultado de interconsultas, de exámenes de laboratorio y de tests psicológicos, el médico especialista emitirá un diagnóstico y un pronóstico de la o las patologías que presenta el solicitante, resumiéndolo todo en un comentario; el médico asignado del Comité evaluará el impedimento de la o las patologías,

asignándole un porcentaje de incapacidad según las presentes Normas para la Evaluación y la Calificación de Invalidez. Una vez evaluado el impedimento, el médico asignado efectuará una recomendación a la Comisión, en el sentido si considera que procede o no otorgar la invalidez al afiliado. En última instancia, decidirá el (Comité Médico) COMAFP en sesión respecto de la procedencia de la invalidez.

12.4 SIMULACION TRANSTORNO FACTICIO, CUANTIFICACION DE LA INCAPACIDAD, GUIA DIAGNOSTICA, TABLA DE MENOSCABO

12.4.0 FINGIMIENTO O SIMULACION

Se caracteriza esencialmente por la producción y presentación voluntaria de síntomas físicos o psicológicos falsos y/o groseramente exagerados. Los síntomas son producidos para lograr un fin que es obviamente reconocible por el conocimiento de las circunstancias del individuo más que de su psicología individual. Ejemplos de tales fines obviamente reconocibles incluyen intentos de eludir el Servicio Militar Obligatorio, evadir el trabajo, lograr compensaciones financieras, evitar persecución criminal, obtener drogas.

La diferenciación entre fingimiento y desorden facticio depende del juicio clínico tanto como si la producción de síntomas es con el propósito de llegar a un resultado que es obviamente reconocible y entendible en las circunstancias. El fingimiento es diferente de la conversión y de otros desórdenes somatoformes por la producción voluntaria de síntomas y por la obvia y reconocible ganancia o meta.

Hay base para sospechar simulación si se observa alguna combinación de los siguientes:

1. Presentación en un contexto médico-legal, por ejemplo, si el sujeto es examinado por un médico a petición de su abogado.
2. Notable discrepancia entre la molestia o incapacidad sostenida por el sujeto y los hallazgos objetivos.
3. Falta de cooperación en la evaluación diagnóstica y en el régimen terapéutico prescrito.
4. La presencia de un trastorno antisocial de la personalidad.

12.4.1 TRASTORNOS FACTICIOS

Trastorno Facticio con Síntomas Psicológicos.

Diagnóstico diferencial. Demencia, psicosis verdaderas tales como psicosis reactiva breve o desorden esquizofreniforme, fingimiento.

Criterio Diagnóstico

- A. La producción de síntomas psicológicos está aparentemente bajo el control voluntario del individuo.
- B. Los síntomas producidos no son explicables por ningún otro desorden mental (aunque ellos pueden estar sobreimpuestos a alguno).
- C. El objetivo del individuo está aparentemente dirigido a desempeñar el rol de "paciente" que, por otro

lado, no es comprensible a la luz de las circunstancias individuales de su medio ambiente (como en el caso de fingimiento).

Trastorno Facticio con Síntomas Físicos

Desorden facticio crónico con síntomas físicos.

Diagnóstico diferencial, Verdadero desorden físico, desórdenes somatoformas, fingimiento, desorden antisocial de la personalidad, esquizofrenia.

Criterio Diagnóstico

A. Plausible presentación de síntomas físicos que están aparentemente bajo control voluntario del individuo, y que son de tal grado que condicionó múltiples hospitalizaciones.

El objetivo del individuo está dirigido aparentemente a tomar el rol de "paciente" que, por otro lado, no es comprensible a la luz de las circunstancias individuales de su medio ambiente (como en el caso de fingimiento).

Trastorno Facticio Atípico con Síntomas Físicos

Esta es una categoría residual para desórdenes facticios con síntomas físicos que no reúnen completamente el criterio para desorden facticio crónico con síntomas físicos.

Comúnmente los individuos incluidos en esta categoría no requieren hospitalización. Ej: dermatitis por contacto (inducidas por escoriaciones o agentes químicos) y dislocaciones voluntarias del hombro.

12.4.2 CRITERIOS PARA CUANTIFICAR LA INCAPACIDAD POR TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO

Una vez descartada la presencia de: fingimiento y trastornos facticios se puede proceder al análisis de los trastornos mentales y del comportamiento.

En psiquiatría se desconoce la causa de la mayor parte de las enfermedades mentales y, en consecuencia, hay que atenerse a criterios tales como la semejanza de los síntomas y del comportamiento o el curso de la enfermedad. **Podemos clasificar las enfermedades mentales en tres grandes categorías: a) Psicosis, b) No psicosis y c) Retardo Mental**

a. PSICOSIS

Trastorno mental y del comportamiento en el cual el menoscabo de la función mental ha alcanzado un grado tal que interfieren marcadamente con la introspección y la capacidad para afrontar demandas ordinarias de la vida o para mantener un adecuado contacto con la realidad.

1. PSICOSIS ORGANICA CEREBRAL

En esta categoría incluiremos los trastornos mentales y del comportamiento causados por perturbaciones estructurales y funcionales del cerebro incluyendo las debidas al consumo de sustancias psicoactivas que conduzcan a la psicosis.

2. PSICOSIS ESQUIZOFRENICA

Aquí incluiremos obviamente las esquizofrenias y los trastornos delusionales.

3. PSICOSIS AFECTIVAS

Forman parte de esta categoría todos los trastornos del humor sean episodios maníacos, episodios depresivos, trastornos depresivos recurrentes, que se manifiesten con síntomas psicóticos.

4. PSICOSIS PECULIARES DE LA NIÑEZ

Esta categoría debe usarse solo con la psicosis que empiezan siempre antes de la pubertad como el autismo infantil, psicosis desintegrativa.

b. NO PSICOSIS

En esta categoría consideramos a las neurosis, los trastornos de personalidad, trastornos mentales y del comportamiento relacionados con situaciones estresantes, trastornos somatomorfos, trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas. También se incluirá aquellos trastornos de conducta no psicóticos que habitualmente se inician en la infancia o adolescencia.

Pertinentes a este grupo son los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas que no manifiestan sintomatología psicótica; así como también los trastornos del humor sin síntomas psicóticos

c. RETARDO MENTAL

Estado en el cual el desarrollo de la mente es incompleto o se detiene, lo que se caracteriza especialmente por la subnormalidad de la inteligencia. La evaluación del nivel intelectual deberá hacerse a base de cualquier información disponible, incluso la conducta adaptativa, la evidencia clínica y los hallazgos psicométricos. Los niveles del cociente de inteligencia (CI) se basan en una prueba tal como las escalas de Wechsler, que tiene una media de 100 y una desviación estándar de 15.

12.4.3 GUIA DE MANEJO DE DIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

- 1.- Trastornos Mentales Orgánicos. incluidos los sintomáticos.
- 2.- Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas.
- 3.- Esquizofrenia, y Trastornos Delusionales.
- 4.- Trastornos del Humor (Afectivos).
- 5.- Trastornos Neuroticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
- 6.- Trastornos Mentales y del Comportamiento Asociados a Disfunciones Fisiológicas.
- 7.- Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento en el Adulto.
- 8.- Retardo Mental.
- 9.- Trastornos del Desarrollo Psicologico.
- 10.- Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual durante la infancia y la adolescencia.
- 11.- Trastorno Mental No Especificado.

1.- TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS, INCLUIDOS LOS SINTOMATICOS

DEMENCIA

Diagnóstico diferencial: Procesos normales del envejecimiento, delirio, esquizofrenia, episodio depresivo mayor, desorden facticio con síntomas psicológicos.

Criterio Diagnóstico

A. Pérdida progresiva de las habilidades intelectuales de suficiente severidad que interfieren en el funcionamiento social o laboral.

B. Defecto de la memoria

C. Al menos una de las siguientes características:

(1) Defecto del pensamiento abstracto, manifestado por interpretación concreta de proverbios, inhabilidad para encontrar semejanzas y diferencias entre palabras relacionadas, dificultad para definir términos y conceptos, y otras tareas similares.

(2) Defecto del juicio

(3) Otros disturbios de las funciones corticales superiores, tales como afasia (desorden del lenguaje por disfunción cerebral), apraxia (inhabilidad para realizar actividades motoras a pesar de tener intactas la comprensión y la atención motora), agnosia (fallas para reconocer o identificar objetos a pesar de tener la función sensorial intacta), dificultades en la construcción (Ej.: inhabilidad para reproducir figuras tridimensionales, para ensamblar bloques o para arreglar maderos en diseños específicos).

(4) Cambios de la personalidad, como puede ser la alteración o acentuación de rasgos premorbidos.

D. No existe estrechamiento de la conciencia (es decir, no reúne el criterio para delirio o intoxicación, aunque estos podrían estar sobreimpuestos).

E. Cualquiera (1) ó (2):

(1) Evidencias en la historia clínica, examen físico o pruebas de laboratorio de la presencia de un factor orgánico específico que se considera etiológicamente relacionado al disturbio.

(2) En ausencia de tales evidencias puede suponerse que existe un factor orgánico que necesariamente provoca el síndrome, siempre y cuando haya sido razonablemente excluidas otras condiciones que provocan desórdenes orgánicos mentales y si los cambios de comportamiento representan defecto cognoscitivo en diversas áreas.

SINDROME AMNESICO O KORSKOV (No alcohólico)

Diagnóstico diferencial. Delirio, demencia, desorden facticio con síntomas psicológicos.

Criterio Diagnóstico

A.. Defectos en la memoria de fijación (inhabilidad para retener información reciente) y en la memoria de evocación (inhabilidad para recordar información pasada) son las características clínicas predominantes.

B No hay estrechamiento de la conciencia como en el delirio y en la intoxicación, ni pérdida general de las habilidades intelectuales, como en la demencia.

C. Evidencias en la historia clínica, examen físico o pruebas de laboratorio de la presencia de un factor

orgánico específico que presumiblemente está ligado a la etiología del disturbio.

DELIRO

Diagnóstico diferencial. Esquizofrenia, desorden esquizofreniforme, desorden facticio con síntomas psicológicos, otros síntomas psicóticos, demencia.

Criterio Diagnóstico

A. Estrechamiento de la conciencia (se encuentra reducida la claridad de información del medio ambiente) con disminución de la capacidad para mantener, dirigir o cambiar la atención hacia los estímulos del medio ambiente.

B. Al menos dos de las siguientes características:

(1) Alteraciones perceptuales: falsas interpretaciones, ilusiones o alucinaciones

(2) Lenguaje incoherente, a veces

(3) Disturbios del ciclo sueño-vigilia con insomnio o somnolencia diurna

(4) Incremento o disminución de la actividad psicomotora.

C. Desorientación y defecto de la memoria (si es posible comprobarlo).

D. Características clínicas que se desarrollan dentro de un corto período de tiempo (usualmente horas a días) y que tienden a fluctuar en el transcurso del día.

E. Evidencias en la historia clínica, examen físico o pruebas de laboratorio de algún factor orgánico específico que se supone vinculado etiológicamente al disturbio.

ALUCINOSIS ORGANICA

Diagnóstico diferencial. Delirio, demencia, síndrome orgánico delusional, esquizofrenia, desórdenes afectivos, alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas.

Criterio Diagnóstico

A. Las alucinaciones persistentes o recurrentes predominan como características clínicas.

B. No hay estrechamiento de la conciencia, como en el delirio; no hay pérdida significativa de las habilidades intelectuales, como en la demencia; no hay disturbio predominante del estado de ánimo como en el síndrome orgánico afectivo; no hay delusiones preponderantes como en el síndrome orgánico delusional.

C. Evidencias en la historia clínica, examen físico o pruebas de laboratorio de un factor orgánico específico que presumiblemente se relaciona a la etiología del disturbio.

SINDROME ORGANICO DELUSIONAL

Diagnóstico diferencial. Desórdenes psicóticos no orgánicos, tales como esquizofrenia o desórdenes paranoides; alucinosis orgánica; síndrome orgánico afectivo.

Criterio Diagnóstico

A. Las delusiones constituyen la característica clínica predominante.

B. No hay estrechamiento de conciencia, como en

el delirio; no hay pérdida significativa de las habilidades intelectuales, como en la demencia; no hay alucinaciones prominentes, como en la alucinosis orgánica.

C. Evidencias en la historia clínica, examen físico o pruebas de laboratorio de un factor orgánico específico que se supone está vinculado etiológicamente al disturbo.

SINDROME ORGANICO DE LA PERSONALIDAD

Diagnóstico diferencial. Demencia síndrome orgánico afectivo, esquizofrenia, desórdenes paranoides, desórdenes del control de impulsos no clasificados en otro lugar.

Criterio Diagnóstico

A. Cambios destacados en el comportamiento o en la personalidad que incluyen por lo menos una de las siguientes características:

(1) Labilidad emocional, como exabruptos temperamentales explosivos, llanto súbito.

(2) Defecto en el control de impulsos, como pobre criterio social, trasgresiones sexuales, pillerías.

(3) Apatía acentuada e indiferencia, como desinterés por los pasatiempos habituales.

(4) Suspicacia e ideación paranoide.

B. No hay estrechamiento de la conciencia, como en el delirio; no hay pérdida significativa de las habilidades intelectuales, como en la demencia; no preponderan los disturbios del estado de ánimo, como en el síndrome orgánico afectivo; no predominan las alucinaciones o delusiones, como en la alucinosis orgánica o en el síndrome orgánico delusional.

C. Evidencias de la historia clínica, examen físico o pruebas de laboratorio de un factor orgánico específico que se cree que tiene relación etiológica con el disturbo.

D. Este diagnóstico no es aplicable a niños o adolescentes si el cuadro clínico está limitado a las características que tipifican el desorden deficitario de la atención.

2.- TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Intoxicación Aguda

Diagnóstico diferencial. Procesos neurológicos con disartria e incoordinación, delirio, alucinosis orgánica, síndrome orgánico delusional, síndrome orgánico afectivo.

Criterio Diagnóstico

A. Desarrollo de un síndrome para una sustancia específica consecutivo a la ingesta reciente y a la presencia de la sustancia en el organismo.

B. Comportamiento desadaptado durante el estado de vigilia debido a los efectos de la sustancia sobre el S.N.C., tales como juicio defectuoso, beligerancia.

C. El cuadro clínico no corresponde a ninguno de los síndromes orgánicos específicos, tales como deli-

rio, síndrome orgánico delusional, alucinosis orgánica, síndrome orgánico afectivo.

ABSTINENCIA

Diagnóstico diferencial. Desórdenes físicos, tal como influenza.

Criterio Diagnóstico

A. Desarrollo de un síndrome para una sustancia específica consecutivo a la supresión o disminución de la ingesta de una sustancia que fue usada por la persona en forma regular para inducir un estado de intoxicación.

B. El cuadro clínico no corresponde a ninguno de los síndromes orgánicos cerebrales, tales como delirio, síndrome orgánico delusional, alucinosis orgánica, síndrome orgánico afectivo.

DEMENCIA INDUCIDA POR DROGAS O ALCOHOL

Trastorno directamente relacionado al uso de drogas o alcohol en el que hay un deterioro generalizado de las funciones corticales superiores. Deben cumplirse los requisitos señalados anteriormente para la demencia. La demencia inducida por sustancias no siempre es irreversible; después de un período de abstinencia total pueden mejorar las funciones intelectuales.

SINDROME AMNESICO INDUCIDO POR DROGAS O ALCOHOL (Pícosis de Korsakov).

Debe cumplirse los criterios generales del síndrome amnésico orgánico, además del uso de drogas y alcohol.

EMBRIAGUEZ PATOLOGICA

Episodio psicótico agudo inducidos por cantidades de alcohol relativamente pequeñas. Conducta violenta, agitación seguida de amnesia lacunar.

ALUCINOSIS ALCOHOLICA

Debe cumplirse los criterios de la alucinosis orgánica con nítidas alucinaciones auditivas que se desarrollan con prontitud (usualmente en los primeros 48 horas), luego de la cesación o disminución de una exagerada ingesta alcohólica en un individuo que aparentemente tiene dependencia del alcohol.

ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: ALCOHOL

El consumo patológico del alcohol lo es en forma diaria, incapacidad para dejar de tomar, esfuerzos para controlar la ingesta excesiva con su consiguiente fracaso; periodos de amnesia para hechos que ocurrieron durante la intoxicación (lagunas).

Incluye defectuoso funcionamiento social o laboral debido al consumo de alcohol, por ejemplo: violencia durante la intoxicación, ausencias al trabajo, pérdida del empleo, dificultades legales, conflictos familiares.

Por analogía se clasifica el abuso de barbitúricos, de hipnóticos, sedantes, opiáceos, cocaína, cannabis, alucinógenos. Para el criterio diagnóstico se incluirá la duración del disturbo que debe ser no menos de 01 mes incluyendo además la conducta de dependencia y los síntomas de tolerancia y abstinencia.

3.- ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS DELUSIONALES

Diagnóstico diferencial: Desórdenes orgánicos mentales, tales como síndrome orgánico delusional por anfetaminas o fenilciclidina; retraso mental; desórdenes paranoides; depresión mayor y episodios maníacos con rasgos psicóticos; desorden esquizoafectivo; desorden esquizofreniforme; desorden insidiosos del desarrollo; ideas sobrevaloradas en un desorden obsesivo compulsivo; hipocondría y desorden fóbico; desorden facticio con síntomas psicológicos; síntomas psicóticos transitorios en desórdenes esquizotípicos, histriónicos, narcisistas, límites y paranoides de la personalidad; creencias o experiencias religiosas o de otros subgrupos culturales.

Criterio Diagnóstico

A. Al menos una de las siguientes características durante una fase de la enfermedad:

(1) Delusiones bizarras (el contenido es completamente absurdo y no tiene base posible en la realidad) tal como delusiones de ser controlado, publicación del pensamiento, pensamiento impuesto o pensamiento esquivo.

(2) Delusiones de contenido dogmático, grandioso, religioso, nihilista u otras sin contenido persecutorio o celotípico.

(3) Delusiones de contenido persecutorio o celotípico si son acompañadas de alucinaciones de cualquier tipo.

(4) Alucinaciones auditivas caracterizadas por la existencia de una voz persistente que comenta en curso el comportamiento o los pensamientos del individuo o por la audición de dos o más voces que conversan entre ellas.

(5) Alucinaciones auditivas en varias ocasiones, con más de una o dos palabras que no tienen relación aparente con los estados de depresión o elación.

(6) Incoherencia, pérdida destacada de las asociaciones, pensamiento indiscutiblemente ilógico, o notoria pobreza del contenido del lenguaje si está asociada con no menos una de las siguientes características:

(a) Afecto entorpecido, vacío e inapropiado

(b) Delusiones o alucinaciones

(c) Catatonia u otro comportamiento groseramente desorganizado.

B. Deterioro con respecto a un nivel de funcionamiento previo en las áreas social, laboral y de cuidado personal.

C. Duración: signos continuos de la enfermedad durante no menos de seis meses, con el antecedente que en el pasado presentó episodios con algunos signos de la enfermedad actual. El período de 6 meses debe incluir una fase activa durante la cual hubo síntomas de "A" con una fase prodrómica o residual, o sin estas como se define a continuación.

Fase prodrómica: un definido deterioro en el funcionamiento antes de la fase activa de la enfermedad que no se debe a un disturbio del estado de ánimo

o a un desorden por consumo de sustancias y que abarcan por lo menos dos de los síntomas que se dan más adelante.

Fase residual: a continuación de la fase activa de la enfermedad persisten no menos de dos de los síntomas que se dan a continuación y que no son debidos a disturbio del estado de ánimo ni a desorden por consumo de sustancias.

Síntomas de las fases prodrómica o residual

(1) Retraimiento o aislamiento social

(2) Defecto considerable en los roles activos como trabajador, estudiante o en el hogar

(3) Comportamiento notoriamente peculiar (Ej: colecciona basura, habla sólo en público, atesora comida).

(4) Deterioro destacado en el aseo e higiene personales

(5) Afecto entorpecido, vacío e inapropiado

(6) Lenguaje disgregado, vago, muy elaborado, circunstancial o metafórico.

(7) Ideación excéntrica o bizarra, pensamiento mágico, como supersticiones, clarividencia, telepatía, "sexto sentido", trasmisión extrasensorial, ideas sobrevaloradas, ideas de referencia

(8) Experiencias perceptuales inusuales, como ilusiones recurrentes, percepción de la presencia de una fuerza o de una persona ausente.

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA:

TIPO HEBEFRENICO

En esta forma de esquizofrenia los cambios afectivos son prominentes, las ideas delirantes y las alucinaciones son efímeras, fugaces y fragmentarias, el comportamiento es irresponsable e imposible de predecir y los amaneramientos son frecuentes. El ánimo es superficial e inadecuado; se acompaña de risa espasmódica, tonta, afectada, o de sonrisa egocéntrica y autocomplaciente o de modales altivos, muecas, amaneramientos, burlas, lamentaciones hipocondríacas y frases reiteradas. El pensamiento está desorganizado. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento parece vacío de propósitos y de sentimientos. Esta forma de esquizofrenia comienza generalmente entre los 15 y 25 años de edad.

TIPO CATATONICO

Presenta como característica prominente y esencial los trastornos psicomotores que a menudo alternan entre extremos como la hiperquinesis y el estupor o la obediencia automática y el negativismo. El paciente puede mantener actitudes forzadas durante períodos largos; si los miembros le son colocados en una posición extraña, los puede tener así por algún tiempo, aun después de que la fuerza externa ha sido retirada. La excitación marcada suele ser un signo notable de esta afección. Pueden presentarse síntomas concomitantes depresivos o hipomaniacos.

TIPO PARANOIDE

Forma de esquizofrenia en la que el cuadro clínico es dominado por ideas delirantes relativamente esta-

bles que pueden estar acompañadas de alucinaciones. Con frecuencia las ideas delirantes son de persecución pero pueden tomar otro aspecto (por ejemplo: de celos, nacimiento ilustre, misión mesiánica o cambio corporal). Es posible la presencia de alucinaciones y comportamiento errático; en algunos casos la conducta se trastorna seriamente desde el inicio de la enfermedad; el desorden del pensamiento es notorio y puede presentarse aplanamiento afectivo con ideas delirantes y alucinaciones fragmentarias.

CLASIFICACION DEL CURSO DE ENFERMEDAD ESQUIZOFRENICA

El curso de la enfermedad es codificada:

(1) **Subcrónico.** El tiempo de inicio del desorden, durante el cual el individuo comenzó a presentar signos más o menos continuos de la enfermedad

(incluyendo las fases prodrómica, activa y residual), es inferior a dos años pero no menor de seis meses.

(2) **Crónico.** Las mismas características que la anterior, pero con duración mayor de dos años

(3) **Subcrónico con exacerbación aguda.** Reagudización de síntomas psicóticos prominentes en un individuo con curso subcrónico que había estado en la fase residual de la enfermedad.

(4) **Crónico con exacerbación aguda.** Reagudización de síntomas psicóticos prominentes en un individuo con curso crónico que había estado en la fase residual de la enfermedad.

(5) **En remisión.** Esta condición debe usarse para un individuo con historia pasada de esquizofrenia que a la actualidad se encuentra asintomático (con medicación o sin ella). La diferenciación de esquizofrenia en remisión con ausencia de desorden mental requiere considerar el período de tiempo que transcurrió desde el último episodio, el número de éstos y la necesidad de evaluación continuada o de tratamiento profiláctico.

TRASTORNO DELUSIONAL (Paranoia)

Presencia de una única delusión o un conjunto de delusiones relacionadas que generalmente persisten a lo largo de la vida. El contenido de la delusión es muy variable. Frecuentemente es persecutoria, hipocondriaca o grandioso, pueden referirse a litigios, celos, la convicción que el cuerpo está deformado que apesta, que es homosexual.

La delusión debe estar presente por lo menos seis (06) meses. No debe haber evidencia de enfermedad cerebral ni alucinaciones ni síntomas esquizoide.

4.- TRASTORNOS DEL HUMOR (Afectivos)

Aquí el disturbio fundamental es un cambio de ánimo o afecto usualmente o hacia la depresión o hacia la euforia, acompañados de un cambio del nivel de actividad.

En esta sección encontraremos: episodios maníacos, trastornos bipolares, episodios depresivos, trastornos depresivos recurrentes, ciclotimias, distimia.

Episodio Maníaco

Diagnóstico diferencial. Síndromes orgánicos

afectivos; esquizofrenia, tipo paranoide; desorden esquizoafectivo; desorden ciclotímico.

Criterio Diagnóstico

A. Uno más períodos distintos con estado de ánimo predominantemente expansivo, exaltado o irritable. El estado de ánimo exaltado o irritable debe ser una parte destacada y relativamente persistente de la enfermedad, aunque puede alternar o entremezclarse con ánimo depresivo.

B. Duración no menor de una semana (o cualquier duración si requiere hospitalización), permaneciendo en la mayor parte de la misma por lo menos tres de los siguientes síntomas que han persistido (cuatro si el ánimo es sólo irritable) y han estado presentes en grado significativo:

(1) Incremento de la actividad (social, laboral o sexual) o inquietud física.

(2) Conversa más de lo usual o siente presión para seguir conversando.

(3) Fuga de ideas o experiencia subjetiva que los pensamientos vuelan.

(4) Autoestima exagerada (grandiosidad, la cual puede ser delusional).

(5) Disminución de la necesidad de dormir.

(6) Distrabilidad, o sea, atención fácilmente distraible ante cualquier estímulo externo sin importancia o insignificante.

(7) Exagerada implicación en actividades que tienen un alto potencial para probar consecuencias dolorosas, las cuales no se reconocen. Ej.: compras exorbitantes, indiscreciones sexuales, malas inversiones financieras, conducción temeraria de vehículos.

C. Ninguno de los siguientes síntomas domina el cuadro clínico cuando el síndrome afectivo (criterios A y B ya señalados) no está presente, es decir, antes que desarrolle o después que remita:

(1) Preocupaciones por delusiones o alucinaciones con afecto incongruente (ver definición más adelante).

(2) Comportamiento bizarro.

D. No hay superposición sobre esquizofrenia, desorden esquizofreniforme o desorden paranoide.

E. No es debido a ningún desorden orgánico mental como intoxicación por sustancias.

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

Diagnóstico diferencial. Síndrome orgánico afectivo, demencia degenerativa primaria, demencia por infartos cerebrales múltiples, reacción psicológica a defecto funcional con enfermedad física, esquizofrenia, desorden esquizoafectivo, desorden distímico, desorden ciclotímico, otros desórdenes mentales crónicos asociados con síntomas depresivos, desorden de ansiedad por separación, duelo no complicado.

Criterio Diagnóstico

A. Estado de ánimo disfórico o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos usuales. El ánimo disfórico se caracteri-

za por varios de los siguientes síntomas: depresión, tristeza, melancolía, pérdida de esperanzas, abatimiento, irritabilidad. El disturbio del ánimo debe ser prominente y relativamente persistente, pero no es necesariamente el síntoma dominante y no incluye cambios momentáneos de un ánimo disfórico a otro disfórico, como por ejemplo, ansiedad a depresión o a cólera, tal como se observa en estados de perturbación psicótica aguda. (para niños menores de seis años, el ánimo disfórico puede tener que inferirse de la persistente expresión facial de tristeza).

B. Cuando menos cuatro de los siguientes síntomas que han estado presentes casi diariamente por un período no menor de dos semanas (en niños menores de seis años, al menos tres de los primeros cuadro síntomas):

(1) Inapetencia o pérdida significativa de peso (cuando no se hace dieta) o incremento del apetito o significativo aumento de peso (en niños menores de seis años debe considerarse la dificultad para alcanzar el peso adecuado para la edad).

(2) Insomnio.

(3) Retardo o agitación psicomotora (más no sólo un sentimiento subjetivo de inquietud o retardo) (en niños menores de seis años, hipoactividad).

(4) Pérdida de interés o placer en las actividades usuales, disminución en la actividad sexual que no está limitada a periodos cuando presenta episodios delusionales o alucinatorios (en niños menores de seis años, signos de apatía).

(5) Pérdida de energía; fatiga.

(6) Sentimientos de minusvalía, autorreproche, o culpa excesiva e inapropiada (cualquiera puede ser delusional).

(7) Quejas o evidencias de disminución en la capacidad para pensar o concentrarse, tales como lentitud en el pensamiento o indecisiones no asociadas con pérdida marcada de asociaciones o incoherencia.

(8) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, deseos de estar muerto, intentos de suicidio.

C. Ninguno de los siguientes síntomas domina el cuadro clínico cuando un síndrome afectivo (criterios A y B) no está presente, es decir antes que desarrolle o después que remita:

(1) Preocupaciones por delusiones o alucinaciones con estado de ánimo incongruente (véase la definición más adelante).

(2) Comportamiento bizarro.

D. No está sobreimpuesto a esquizofrenia, desorden esquizofreniforme o desorden paranoide.

E. No es debida a ningún desorden organico mental o duelo no complicado.

5.- TRASTORNOS NEUROTICOS SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS

Fóbico

Estados neuróticos, con miedo anormalmente intenso hacia ciertos objetos o situaciones especí-

ficas que normalmente no causarían dicho efecto. Si la ansiedad tiende a ampliarse, de una situación u objeto especificado a una variedad de circunstancias, entonces se aproxima o se vuelve idéntica al estado de ansiedad y debe clasificarse como tal.

Ansiedad

Combinaciones variadas de manifestaciones físicas y mentales de ansiedad no atribuible a peligro real, que se presentan ya sea a manera de crisis o bien como un estado persistente. La ansiedad es generalmente difusa y puede llegar al pánico. Pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no obstante no dominan el cuadro clínico.

Trastorno Obsesivo Compulsivo

Estado cuyo síntoma sobresaliente es un sentimiento de compulsión subjetiva que debe ser resistido para efectuar alguna acción, persistir en una idea, recordar una experiencia o rumiar acerca de un asunto abstracto. Los pensamientos no deseados que se entrometen, la insistencia de las palabras o ideas, las reflexiones o cadenas de pensamientos, son percibidos por el paciente como inapropiados o carentes de sentido. La idea obsesiva o perentoria es reconocida como ajena a la personalidad pero proveniente de dentro de sí mismo. Las acciones obsesivas pueden adquirir un carácter casi ritual con el fin de aliviar la ansiedad, v.g. lavarse las manos para combatir la contaminación. Las tentativas por desechar los pensamientos que no son bienvenidos pueden conducir a una una lucha interna más acentuada con ansiedad intensa.

Depresión Neurótica (distimia)

Trastorno neurótico caracterizado por depresión desproporcionada que se reconoce generalmente como consecutiva a una experiencia afflictiva; no comprende entre sus características las ideas delirantes ni las alucinaciones y a menudo, hay preocupación por el trauma psíquico que precedió a la enfermedad, v.g. pérdida de una persona querida o de una propiedad. Es frecuente que se manifieste también ansiedad; por consiguiente, los estados mixtos de ansiedad y depresión deberían ser incluidos en esta subcategoría. La diferencia entre neurosis depresiva y psicosis deberá hacerse no solo con base en el grado de depresión sino también por la presencia o ausencia, de otras características neuróticas y psicóticas y además teniendo en cuenta el grado de alteración del comportamiento del paciente.

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Desorden de Somatización

Diagnóstico diferencial. Desórdenes físicos que se presentan con síntomas somáticos múltiples, vagos y confusos, tales como hiperparatiroidismo, porfiria, esclerosis múltiple y lupus eritematoso sistémico; esquizofrenia con múltiples delusiones somáticas; desorden distímico; desorden de ansiedad generalizada; depresión mayor; desorden de pánico; desorden de conversión; desorden facticio con síntomas físicos.

Criterio Diagnóstico

A.. Un historial de síntomas físicos de varios años de duración que comenzaron antes de los 30 años.

B. Quejas de no menos de 14 síntomas en las mujeres y de 12 en los hombres entre los 37 síntomas que se dan a continuación. Para que un síntoma se compute como presente, el sujeto debe referir que éste lo obligó a consumir medicamentos (distintos a la aspirina), alteró su modelo de vida, o lo llevó a concurrir donde un facultativo. Los síntomas, a juicio del clínico, no se explican adecuadamente por un desorden somático o por injuria física y tampoco son efectos adversos de medicación, drogas o alcohol. El clínico no necesita asegurarse que el síntoma en realidad estuvo presente. Ejemplo: una paciente gestante relata que estuvo vomitando durante toda la gestación. Es suficiente el informe que la persona da sobre el síntoma.

Enfermizo: Creer que ha sido persona enfermiza durante una buena parte de la vida.

Síntomas Pseudoneurológicos o de Conversión: Dificultades en la deglución, pérdida de la voz, sordera, visión doble, visión borrosa, ceguera, desmayos o pérdida de conciencia, pérdida de memoria, ataques o convulsiones, dificultades en la marcha, parálisis o debilidad muscular, retención urinaria o dificultades para miccionar.

Síntomas Gastrointestinales: Dolor abdominal, náuseas, episodios de vómitos (distintos a los de la gestación, distensión), abdominal (gases), intolerancia a una variedad de comidas (por considerarse enfermo), diarrea.

Síntomas en el Aparato Reproductor Femenino: Síntomas que a criterio de la paciente ocurren con más frecuencia o son de mayor severidad que en la mayoría de las mujeres: dolor menstrual, irregularidades en la menstruación, sangrado excesivo, vómitos severos durante la gestación o que son causa de hospitalización durante la misma.

Síntomas Psicosexuales: En la mayor parte de la vida del individuo después de oportunidades de actividad sexual: indiferencia sexual, falta de placer durante el acto sexual, dolor durante el mismo.

Dolor: Dolor de espalda, articulaciones, extremidades, áreas genital (distintos a los del acto sexual); dolor al miccionar; otros dolores (distintos a los dolores de cabeza).

Síntomas Cardiopulmonares: Respiración entrecortada, palpitaciones, dolor torácico, vértigos.

TRASTORNO CONVERSIVO (o neurosis histérica, tipo conversiva)

Diagnóstico diferencial: Desórdenes físicos que se presentan con síntomas somáticos múltiples, vagos y confusos, tales como esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico; desorden físico no diagnosticado; desórdenes físicos en los cuales los factores psicológicos frecuentemente juegan un rol importante, tales como colon irritable o asma bronquial; desorden de somatización; esquizofrenia; desorden de dolor psicógeno; hipocondría; desorden facticio con síntomas psicológicos; fingimiento.

Criterio Diagnóstico

A. El disturbio predominante es la alteración o pérdida del funcionamiento físico que sugiere un desorden físico.

B. Los factores psicológicos se consideran etiológicamente ligados al síntoma, como se evidencia por uno de los siguientes factores:

(1) Hay una relación temporal entre un estímulo ambiental que aparentemente se relaciona con un conflicto psicológico o con una necesidad y con la iniciación o exacerbación del síntoma.

(2) El síntoma permite que el individuo evite alguna actividad que le resulta nociva.

(3) El síntoma permite que el individuo obtenga un beneficio, situación que no lograría de otro modo.

C. Está probado que el síntoma no se encuentra bajo control voluntario.

D. El síntoma, luego de una adecuada investigación, no puede ser explicado por un desorden físico o por un mecanismo fisiopatológico conocido.

E. El síntoma no está limitado a dolor o a disturbio en el funcionamiento sexual.

F. No es debido a desorden de somatización o esquizofrenia.

HIPOCONDRIA (o neurosis hipocondriaca)

Diagnóstico diferencial. Proceso orgánico verdadero; algunos desórdenes psicóticos, como esquizofrenia y depresión mayor con características psicóticas; desorden distímico; desorden de pánico; desorden de ansiedad generalizada; desorden obsesivo compulsivo; desorden de somatización.

Criterio Diagnóstico

A. El disturbio predominante es una interpretación anormal e irreal de signos físicos o sensaciones que dan lugar a preocupaciones y temor de padecer de una enfermedad.

B. La cuidadosa evaluación física no permite diagnosticar ningún desorden físico que podría explicar los síntomas orgánicos o sensaciones ni las interpretaciones irreales que el individuo elabora.

C. El temor irreal o la creencia de tener una enfermedad persisten a pesar de la firme opinión médica y dan lugar a defectos en el funcionamiento social o laboral.

D. No es debido a ningún otro desorden mental, como esquizofrenia, desorden afectivo, o desorden de somatización.

TRASTORNO DISOCIATIVO

Con esta categoría están: la amnesia psicógena, la fuga psicógena, las personalidades múltiples, los desórdenes de despersonalización, estupor psicógeno, estados de trance y de posesión, desórdenes disociativos de movimientos y de sensaciones

NEURASTENIA PSICOGENICA

Caracterizada por fatiga, irritabilidad, dolor de cabeza, insomnio, dificultad para la concentración mental, pérdida de la capacidad para disfrutar e hiperestesia sensorial.

12.4.4 TABLA DE MENOSCABOS POR ENFERMEDAD MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO

	TIPO	MENOSCABO GLOBAL		TIPO	MENOSCABO GLOBAL
A. PSICOSIS:			Violencia y peligrosidad, alternaciones graves del juicio, ideas de grandeza.		
a. PSICOSIS ORGANICO CEREBRAL CRONICA			Requiere cuidado y supervisión constante.		
Pueden realizar la mayoría de las actividades diarias.	I Leve	0% -14%	III Grave	51% - 70%	
Alguna supervisión y dirección	II Moderado	15%-49%	IV Profundo	71% a más	
Confinamiento	III Grave	50%-70%	d. PSICOSIS PECULIARES DE LA NIÑEZ CRONICAS		
Requiere cuidado y supervisión constante	IV Profundo	71% a más	IV Profundo	71% a más	
b. PSICOSIS ESQUIZOFRENICA Y DELUSIONES CRONICAS.			Graves problemas en la comprensión del lenguaje hablado y de las relaciones sociales. Deterioro intelectual. Requiere cuidado y supervisión constante.		
Delusiones persecutorias que duren mas de un año. Tratamiento ambulatorio.	I Leve	0% - 25%	B. NO PSICOSIS		
Pensamiento esquizofrénico, delusiones, alucinaciones, capacidad intelectual y claridad de la conciencia conserva dos. Tratamiento ambulatorio por más de un año.	I Leve	0% - 25%	Trastornos mentales y del comportamiento donde se conserva la interpretación de la realidad externa. Con una duración mayor de un año.		
Pensamiento vago, obscuro, sin ilación, expresión hablada incomprensible. Inercia, negativismo, estupor. Paciente ambulatorio con medicamentos.	II Moderado	26% - 50%	I Leve	0% - 25%	
Pensamiento y conducta muy alterados, incluso peligroso. Irresponsabilidad y desorganización global.	III Grave	51% - 70%	II Moderado	26% - 50%	
Requiere cuidado y supervisión constante.	IV Profunda	71% a más	C. RETARDO MENTAL		
c. PSICOSIS AFECTIVAS CRONICAS			Actividades de la vida diaria sin supervisión.		
Alteración grave del ánimo, delusiones, perplejidad, trastorno de la percepción. Paciente ambulatorio con medicamentos.	I Leve	0% - 25%	Alguna supervisión		
Alteración grave del ánimo, delusiones, alucinaciones, tendencia a suicidio. Paciente ambulatorio con medicamentos.	II Moderado	26% - 50%	Confinado		
			Asistencia continua		
			IV Profundo 71% a más.		

6.- TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS

En esta categoría hay una variedad de trastornos corporales o de tipos de mal funcionamiento fisiológico de origen mental, aquí se agrupan los trastornos en el comer como la anorexia nervosa, y la bulimia. Los trastornos del dormir y del despertar como el insomnio,

hipersomnía, sonambulismo, terror nocturno, pesadilla.

7.- TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN EL ADULTO

En esta categoría se incluyen los diferentes trastornos de la personalidad, los cambios persistentes de la personalidad no atribuibles a lesión cerebral o enfermedad, trastornos de la sexualidad.

Especial mención merecen los trastornos de la personalidad con predominio de las manifestaciones sociopáticas, asociales, antisociales o psicopáticas; aquí encontramos menosprecio por las obligaciones sociales, falta de sentimiento hacia los otros, violencia impetuosa o dura indiferencia. Hay una gran disparidad entre el comportamiento y las normas sociales prevalentes. La conducta no se modifica fácilmente con la experiencia e incluso no cambia con el castigo. El individuo con ésta personalidad es frío desde punto de vista afectivo y puede ser violento o irresponsable. Su tolerancia a la frustración es baja; ofrece racionalizaciones plausibles o culpa a otros por el comportamiento que lo lleva a entrar en conflicto con la sociedad. En resumen su conducta es amoral y disocial.

8.- RETARDO MENTAL

Diagnóstico diferencial. Desorden específico del desarrollo; desorden insidioso del desarrollo; funcionamiento intelectual límite.

Criterio Diagnóstico

A. Funcionamiento intelectual general inferior al promedio normal; cociente intelectual (CI) de 70 o menos obtenido por una persona cuando se le aplican individualmente el tests de inteligencia. Como los test de inteligencia para niños no dan valores numéricos, se deben usar el juicio clínico para valorar el funcionamiento intelectual inferior al promedio.

B. Defecto o déficit concurrente en la conducta adaptativa de la persona considerada.

C. Inicio antes de los 18 años.

Subtipos. Hay cuatro subtipos que reflejan el grado de defecto intelectual y son designados como:

discreto, moderado, severo y profundo. Los niveles del CI deben ser usados como guías para distinguir los cuatro subtipos como sigue:

Subtipos de retraso mental	Nivel de CI
317.0 Retardo mental discreto	50-70
318.0 Retardo mental moderado	35-49
318.1 Retardo mental severo	20-34
318.2 Retardo mental profundo	Menos de 20.

9.- TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

Estos trastornos tiene en común: a) inicio en la infancia, b) daño o retraso en el desarrollo de las funciones que está fuertemente relacionada a la madurez biológica del sistema nervioso central, c) un curso regular que no implica las remisiones y recaídas que tienden a ser características de muchos desórdenes mentales. En la mayoría de los casos las funciones afectadas incluyen: a) el lenguaje (discurso, articulación, expresión, recepción; b) habilidades escolares (lectura, pronunciación, aritmética, aprendizaje) y c) función motora.

Ademas abarca los trastornos difusos del desarrollo como el autismo infantil, la desintegración de la conducta. la conducta esquizoide.

10.- TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE INICIO HABITUAL DURANTE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

En esta categoría incluiremos la hiperquinesia, la conducta antisocial y violenta, ansiedad de separación, mutismo electivo, síndrome del niño maltratado, autoestima perturbada, tics, enuresis, encopresis, pica.