



NACIONAL



**RESOLUCIÓN CONJUNTA 1075/2011 Y 1128/2011**  
**MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS (M.J.y D.H.) -**  
**MINISTERIO DE SALUD (M.S.)**

Créase el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA).

Del: 27/07/2011; Boletín Oficial 01/08/2011.

VISTO el Expediente N° S04:0046819/11 del registro del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS, la Ley de Ministerios (t.o. 1992) y sus modificatorias, las Leyes Nros. 24.660 y [26.657](#) y los Decretos Nros. [1343](#) del 11 de octubre de 2007, [457](#) del 5 de abril de 2010 y 8 del 6 de enero de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que la LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° [26.657](#) tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional.

Que al MINISTERIO DE SALUD le compete, conforme al artículo 23 (ter) de la [Ley N° 22.520](#) (t.o. 1992), ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia elaborados conforme las directivas que imparta el PODER EJECUTIVO NACIONAL, y entender, en su ámbito, en la elaboración, ejecución y fiscalización de programas integrados que cubran a los habitantes en caso de patologías específicas y grupos poblacionales determinados en situación de riesgo.

Que compete al MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS, de conformidad con el artículo 22 de la citada Ley, entender en la determinación de los objetivos y políticas del área de su competencia y ejecutar los planes, programas y proyectos elaborados conforme las directivas que imparta el PODER EJECUTIVO NACIONAL.

Que por el Decreto N° 8/11 se modificó el Decreto N° 357 del 21 de febrero de 2002 y sus modificatorios y complementarios, a fin de reordenar las responsabilidades de las distintas áreas del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS.

Que, conforme al mismo plexo normativo, entre los objetivos asignados a la SUBSECRETARIA DE GESTION PENITENCIARIA de la SECRETARIA DE JUSTICIA del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS se encuentra el de asistir en la coordinación de los planes y programas existentes o a crearse en el área del mencionado Ministerio y coordinar los de su competencia.

Que por el [Decreto N° 1343/07](#), se procedió a reordenar las responsabilidades de algunas unidades organizativas y conformar otras nuevas en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD.

Que entre los objetivos asignados a la SECRETARIA DE DETERMINANTES DE LA SALUD Y RELACIONES SANITARIAS del MINISTERIO DE SALUD se encuentra el de entender en el desarrollo de las relaciones institucionales con organismos dependientes de los Poderes Ejecutivo y Legislativo de los ámbitos nacionales, provinciales y municipales, como así también con instituciones del sector no gubernamental, de la seguridad social y privado que desarrollen actividades vinculadas al área de su competencia y el de diseñar e implementar programas y proyectos destinados a reducir la incidencia de

los determinantes sociales de la salud.

Que con fecha 5 de agosto de 2008 se suscribió el Convenio Marco de Cooperación y Asistencia entre el ex MINISTERIO DE JUSTICIA, SEGURIDAD Y DERECHOS HUMANOS y el MINISTERIO DE SALUD con el fin de mejorar la prevención, tratamiento y rehabilitación, a través del desarrollo de programas, actividades y planes sobre políticas integrales en materia de salud en beneficio de las personas privadas de su libertad, así como de quienes egresen del Servicio Penitenciario Federal, el que se tiene en cuenta como antecedente para el dictado de la presente.

Que, en especial, por el [Decreto N° 457/10](#) se modificó el Anexo I del artículo 3° del [Decreto N° 1343/07](#), correspondiente al Organigrama del primer nivel operativo del MINISTERIO DE SALUD, en lo que hace a la SECRETARIA DE DETERMINANTES DE LA SALUD Y RELACIONES SANITARIAS, incorporando al ámbito de la misma la DIRECCION NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES, con su Responsabilidad Primaria y Acciones.

Que por el artículo 7° de la [Ley N° 26.657](#) se enunciaron los derechos de las personas con padecimientos mentales, esencialmente a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud, lo que necesariamente implica para aquellos privados de su libertad el establecimiento del abordaje especial respetando, en todo lo que resulte posible, los lineamientos establecidos para ello en los capítulos IV y V de dicha Ley.

Que resulta necesario promover el ejercicio del derecho a la salud de toda persona privada de su libertad en el ámbito del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL, en especial el derecho a la salud mental, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 143 de la LEY DE EJECUCION DE LA PENA PRIVATIVA DE LA LIBERTAD N° 24.660.

Que en razón del trabajo conjunto que han venido realizando ambos Ministerios y en pos de coordinar políticas públicas en materia de Salud Mental, en concordancia con la [Ley N° 26.657](#) y en beneficio de las personas privadas de su libertad, así como de quienes egresen del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL, deviene necesario profundizar y ampliar el trabajo desarrollado, a partir de la concepción de un programa que involucre a sendas Carteras del Estado.

Que por lo expuesto, se estima adecuado para la atención coordinada y supervisada de la problemática planteada por ambas Carteras de Estado, promover la creación del “PROGRAMA INTERMINISTERIAL DE SALUD MENTAL ARGENTINO (PRISMA)”, el que será coordinado por el MINISTERIO DE SALUD a través de la DIRECCION NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES dependiente de la SECRETARIA DE DETERMINANTES DE LA SALUD Y RELACIONES SANITARIAS.

Que el licenciado Yago DI NELLA, por el MINISTERIO DE SALUD, reúne las exigencias de idoneidad y experiencia necesarias para cubrir el cargo de Coordinador del Programa mencionado.

Que asimismo, el doctor Pablo KOHAN, por el MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS, reúne las exigencias de idoneidad y experiencia necesarias para cubrir el cargo de Oficial de Enlace entre ambas Carteras de Estado con dependencia funcional de la SUBSECRETARIA DE GESTION PENITENCIARIA, dependiente de la SECRETARIA DE JUSTICIA.

Que el mencionado Programa comprenderá los servicios psiquiátricos que hasta el momento funcionaban en sede del SERVICIO PSIQUIATRICO CENTRAL DE VARONES (U. 20) y del SERVICIO PSIQUIATRICO CENTRAL DE MUJERES (U. 27) dependientes del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL.

Que corresponde establecer un período durante el cual se evaluará el progreso del nuevo Programa, a cuya finalización deberá producirse un informe debidamente fundamentado sobre el funcionamiento y resultados del mismo.

Que los servicios permanentes de asesoramiento jurídico del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS y del MINISTERIO DE SALUD han tomado la intervención

de sus competencias.

Que los suscriptos son competentes para el dictado de la presente medida en virtud del artículo 4º, inciso b), apartados 9 y 12 de la Ley de Ministerios (t.o. 1992) y sus modificatorias.

Por ello,

El Ministro de Justicia y Derechos Humanos y el Ministro de Salud resuelven:

Artículo 1º.- Créase el “PROGRAMA INTERMINISTERIAL DE SALUD MENTAL ARGENTINO (PRISMA)”, cuyos objetivos y dispositivos se ilustran en el Anexo I, que forma parte integrante de la presente.

Art. 2º.- Establécese un plazo de CIENTO OCHENTA (180) días, a partir de la vigencia de la presente, para la evaluación del progreso del Programa creado por el artículo 1º, a cuya finalización deberá producirse un informe debidamente fundamentado sobre el funcionamiento y resultados del mismo.

Art. 3º.- Las autoridades de aplicación del Programa creado por el artículo 1º de la presente son: la SUBSECRETARIA DE GESTION PENITENCIARIA dependiente de la SECRETARIA DE JUSTICIA por el MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS y la DIRECCION NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES dependiente de la SECRETARIA DE DETERMINANTES DE LA SALUD Y RELACIONES SANITARIAS, por el MINISTERIO DE SALUD.

Art. 4º.- Asígnase al licenciado Yago DI NELLA (D.N.I. Nº 22.124.344) la función de Coordinador del PROGRAMA INTERMINISTERIAL DE SALUD MENTAL ARGENTINO (PRISMA), sin perjuicio del cargo que actualmente desempeña, cuyas acciones serán:

- a) Coordinar el programa PRISMA, en todo lo referido a su implementación técnica, excepto lo referido a la seguridad de los internos y/o pacientes.
- b) Articular el funcionamiento del PRISMA con los organismos de competencia en la materia.
- c) Constituir los dispositivos que componen el PRISMA y nombrar a los responsables técnicos de los mismos.
- d) Establecer un mecanismo de articulación interdispositivo del PRISMA mediante la conformación de un Consejo de Seguimiento constituido por los responsables de cada dispositivo, el cual estará bajo su coordinación.
- e) Rubricar junto con el Oficial de Enlace informes circunstanciados, dirigidos a las autoridades de aplicación, relativos al desarrollo del PRISMA y al cumplimiento de las responsabilidades en cuanto a los tratamientos impartidos a los internos pacientes.
- f) Elevar, en un plazo de CIENTO OCHENTA (180) días, a partir de la vigencia de la presente, a las autoridades de aplicación mencionadas en el artículo precedente, un informe debidamente fundamentado sobre el funcionamiento y resultados del PRISMA, el que deberá estar rubricado conjuntamente con el Oficial de Enlace.

Art. 5º.- Asígnase al doctor Pablo KOHAN (D.N.I. Nº 27.479.129) la función de Oficial de Enlace del PROGRAMA INTERMINISTERIAL DE SALUD MENTAL ARGENTINO (PRISMA), cuyas acciones serán:

- a) Ejercer el enlace entre el MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS y el MINISTERIO DE SALUD.
- b) Informar, junto al Coordinador del PRISMA, a las autoridades de aplicación, acerca del desarrollo del mismo y del cumplimiento de las responsabilidades en cuanto a los tratamientos impartidos a los internos pacientes.

Art. 6º.- Facúltase al Coordinador a adoptar todas las medidas y acciones conducentes para el desarrollo e implementación del PROGRAMA INTERMINISTERIAL DE SALUD MENTAL ARGENTINO (PRISMA).

Art. 7º.- Establécese que estará a cargo del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS:

- a) Disponer de un espacio para la asistencia de Salud Mental para internos pacientes con

padecimiento mental severo.

b) El aporte de los profesionales necesarios a fin de dotar los equipos interdisciplinarios que actuarán en las distintas etapas de tratamiento previstas en el PRISMA, a excepción del dispositivo destinado a inimputables, que estará exclusivamente en la órbita del MINISTERIO DE SALUD.

c) La seguridad externa del PRISMA a cargo del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL.

Art. 8º.- Establécese que estará a cargo del MINISTERIO DE SALUD, en su calidad de autoridad de aplicación de la LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° [26.657](#):

a) La designación de los profesionales que integrarán los equipos interdisciplinarios.

b) La responsabilidad sobre los tratamientos que se apliquen a los internos pacientes.

c) Las capacitaciones previstas para el personal profesional y no profesional en materia de salud mental.

d) El dispositivo relativo a inimputables y toda cuestión relacionada a los mismos, alquiler y/o construcción de establecimientos específicos para su atención una vez producido su egreso, gestión de internaciones a partir de requerimientos judiciales específicos.

Art. 9º.- El gasto que demande la ejecución de lo resuelto precedentemente será atendido, respectivamente, por las partidas presupuestarias correspondientes a cada una de las jurisdicciones, de acuerdo a las funciones y acciones encomendadas por la presente resolución.

Art. 10.- Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Julio C. Alak; Juan L. Manzur.



## INDICE

### 1- INTRODUCCION

#### 1.1 Presentación

#### 1.2 Dispositivo de Evaluación

#### 1.3 Dispositivos de Tratamiento

#### 1.4 Dispositivo de Egreso

### 2- DISPOSITIVO DE EVALUACION DE PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL ALOJADAS EN EL SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL O DERIVADAS DE LA ADMINISTRACION DE LA JUSTICIA

#### 2.1 Lineamientos generales

#### 2.2 Población a la que está dirigido el Dispositivo

#### 2.3 Objetivos

##### 2.3.1 Generales

##### 2.3.2 Específicos

#### 2.4 Metodología

#### 2.5 Resultados e impacto esperados

#### 2.6 Conformación del equipo de trabajo

#### 2.7 Actividades

### 3- DISPOSITIVO DE TRATAMIENTO

#### 3.1 Lineamientos generales

#### 3.2 Dispositivo de atención a personas con episodios agudos

##### 3.2.1 Población a la que está dirigida el dispositivo

- 3.2.2 Objetivo general
- 3.2.3 Objetivos específicos
- 3.2.4 Metodología
- 3.2.5 Resultados e impacto esperado
- 3.2.6 Conformación del equipo de trabajo
- 3.2.7 Actividades
- 3.2.8 Indicadores de impacto
- 3.3 Dispositivo de Atención a personas con Trastornos Mentales Severos
- 3.3.1 Población a la que está dirigida el dispositivo
- 3.3.2 Objetivo general
- 3.3.3 Objetivos específicos
- 3.3.4 Metodología
- 3.3.5 Resultados e impacto esperado
- 3.3.6 Conformación del equipo de trabajo
- 3.3.7 Actividades
- 3.3.8 Indicadores de impacto
- 3.4 Dispositivo Residencial para personas declaradas inimputables
- 3.4.1 Lineamientos Generales
- 3.4.2 Población a la que está dirigida
- 3.4.3 Objetivo general
- 3.4.4 Objetivos Específicos
- 3.3.5 Metodología
- 3.4.6 Resultados e impacto esperado
- 3.4.7 Conformación del equipo de trabajo
- 3.4.8 Actividades
- 3.4.9 indicadores de impacto

#### 4- DISPOSITIVO DE EGRESO. INCLUSION COMUNITARIA PARA PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL EGRESADAS DEL SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL

- 4.1 Lineamientos generales
- 4.2 Marco conceptual
- 4.3 Población a la que está dirigido el Dispositivo
- 4.4 Objetivos
- 4.4.1 Generales
- 4.4.2 Específicos
- 4.5 Metodología
- 4.6 Resultados e impacto esperados
- 4.7 Conformación del equipo de trabajo
- 4.8 Actividades
- 4.9 Indicadores de impacto

#### 1- INTRODUCCION

##### 1.1- Presentación

Según un estudio realizado en 2010 sobre estimación de padecimientos mentales en la población del país, uno de cada cinco adultos tiene algún tipo de padecimiento mental y/o adicción 1.

Dado el ineludible proceso de deterioro subjetivo propio de todo marco de encierro institucional y la misma selectividad del Sistema Penal, es esperable un porcentaje mucho mayor en contextos carcelarios.

Teniendo en cuenta lo mencionado, se establece la creación del Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (en lo que sigue, PRISMA) con el objeto de tratar la problemática de aquellas mujeres y hombres alojados tanto en las instalaciones de los establecimientos penitenciarios especializados en materia psiquiátrica del Servicio Penitenciario Federal (en adelante, SPF) como en otras Unidades del SPF, que cumplan con los criterios de admisión establecidos para este programa (definidos más adelante en el presente documento).

Para lograr sus objetivos y en el marco de la Ley 26.657, El PRISMA dispondrá de diversos

dispositivos (Evaluación, Tratamiento, Egreso) con actividades y finalidades diferentes y específicas, a fin de garantizar la mejor atención posible a esta problemática particular, la de las personas con trastornos mentales alojadas en cárceles.

### 1.2- Dispositivo de Evaluación

El Programa contará, en primer lugar, con un equipo de Admisión conformado por profesionales que recibirán las solicitudes de toda autoridad judicial, así como también a requerimiento de las autoridades de otros establecimientos penitenciarios, por indicación de sus equipos de salud mental.

El Dispositivo de Evaluación estará destinado tanto a internos con problemáticas de salud mental que requieran una evaluación acorde, como a nuevos ingresantes con características similares, para determinar la admisibilidad al Programa y la gestión de la derivación a alguno de sus dispositivos efectores. El inicio de su accionar consistirá en las reevaluaciones de los pacientes alojados en las Unidades 20 y 27 a partir del comienzo de ejecución del presente Programa.

1 Boletín N° 1 del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud mental y Adicciones, perteneciente a la Dirección de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la Nación. El estudio contó con la colaboración técnica de la OPS. 2010.

Estas evaluaciones se realizarán contemplando, en primer lugar, cuál es el lugar de residencia originario de las personas evaluadas, así como de su entorno social y familiar para, en una primera instancia, determinar la pertinencia de la permanencia de la persona en el ámbito del Area Metropolitana o, en los casos en que se detecte que el sujeto proviene de alguna otra jurisdicción, se trate por todos los medios de establecer su tratamiento en el lugar de residencia originarlo, para favorecer las condiciones y posibilidades de inclusión social futura.

En una segunda etapa, y luego de realizar la evaluación interdisciplinaria correspondiente, el equipo emitirá un informe sanitario único, y procederá a gestionar la derivación de la persona al dispositivo de tratamiento más adecuado previsto en el Programa, o recomendar su alojamiento en Unidades de régimen común.

### 1.3- Dispositivos de Tratamiento

El Programa creará tres dispositivos de tratamiento a ejecutarse en la órbita del SPF los dos primeros (Dispositivo para Atención de Episodios Agudos, Dispositivo para Atención de Trastornos Mentales Severos), para dar respuesta a las necesidades de atención. El tercer Dispositivo deberá implementarse fuera del ámbito carcelario.

I- Dispositivo de Atención a personas con Episodios Agudos.

II- Dispositivo de Atención a personas con Trastornos Mentales Severos.

III- Dispositivo Residencial para personas con Declaración de Inimputabilidad (artículo 34 del Código Penal).

El Dispositivo de Atención a personas con Episodios Agudos, brindará atención a sujetos que, por el grado de urgencia, requieran el mayor nivel de complejidad (en términos sanitarios), funcionando como Dispositivo de Internación.

De acuerdo a la evolución de cada caso, la persona podrá ser derivada al Dispositivo de Atención a personas con Trastornos Mentales Severos, lugar donde permanecerá hasta tanto se evalúe la necesidad de un traslado a otro tipo de alojamiento.

En todos los supuestos, las evaluaciones para las respectivas derivaciones a los distintos dispositivos se realizarán por profesionales provenientes de las distintas etapas que componen el Programa (Evaluación, Tratamiento y Egreso).

Los Dispositivos de Atención a personas con Episodios Agudos y de Trastornos Mentales Severos se compondrán siempre por el mismo equipo de profesionales, de manera tal que el sujeto privado de la libertad sea tratado en todas las etapas de su tratamiento por las mismas personas.

Los casos comprendidos por las personas con declaración de inimputabilidad (Art. 34 Código Penal) se tratarán en forma diferenciada, en un dispositivo que se creará para estos efectos (Dispositivo Residencial para Personas con Declaración de Inimputabilidad).

Las personas a las que se determine el cese de su Medida de Seguridad podrán acceder al dispositivo de Egreso o bien hacer el pasaje directo a la comunidad con el apoyo socio-

sanitario y vincular que resulte necesario.

#### 1.4- Dispositivo de Egreso

El Programa creará el Dispositivo de Egreso destinado a aquellas personas que provengan de los Dispositivos de Tratamiento del Programa PRISMA y que obtengan su libertad por cualquier medio.

Se tratará de un Dispositivo Sanitario abierto, ajeno al Sistema Penal y que encuentra su objetivo principal en garantizar la inclusión social exitosa de la persona que egresa.

Constará con una Casa de Medio Camino que se construirá o adquirirá para este efecto y equipos de seguimiento comunitario, sea para personas alojadas en sus hogares o en efectores sanitarios.

## 2- DISPOSITIVO DE EVALUACION DE PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL ALOJADAS EN EL SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL

### 2.1- Lineamientos generales

Este dispositivo, en primera instancia, realizará una evaluación interdisciplinaria de:

I- Personas hasta el momento de la creación del PRISMA alojadas en las Unidades Psiquiátricas del SPF y sus condiciones de salud mental, para las que se realizarán diagnósticos situacionales, con el objeto de establecer cuál es el dispositivo de tratamiento más adecuado para cada caso.

II- Sujetos que ingresen al SPF con algún pedido de evaluación respecto a su estado de salud mental, y que cumplan con los Criterios de Admisión al Programa.

En segundo lugar, se procederá entonces a gestionar la derivación a los dispositivos del Programa PRISMA que correspondan, de acuerdo a las recomendaciones que surjan de cada informe interdisciplinario efectuado, o a recomendar el alojamiento de las personas que no reúnan los criterios de admisión al Programa, en Unidades Penitenciarias comunes.

Las recomendaciones estarán basadas en la diferenciación entre aquellas personas que se encuentren cursando un episodio agudo, las que presenten indicadores fehacientes de un trastorno mental severo, los sujetos que no presenten ninguno de los indicadores anteriores y, por último, las personas con declaración de inimputabilidad.

### 2.2- Población a la que está dirigido el Dispositivo

El Dispositivo se encuentra destinado a aquellas personas ya alojadas en las Unidades del SPF, o que ingresen a éste con solicitud de evaluación interdisciplinaria acerca del estado de su salud mental. Se establecen los siguientes Criterios de Admisión y no Admisión al Programa:

Criterios de Admisión. Deben ser ingresados:

I- Los pacientes con Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios (CIE 10 F-23).

II- Los pacientes con elevado riesgo de suicidio, incluyendo Episodios Depresivos Graves (CIE 10 F-31 y F-32). Este riesgo debe ser claramente especificado por el equipo de evaluación. Debe describirse con detalle las medidas apropiadas tomadas para impedir este acto, el diagnóstico y el tratamiento realizado en el establecimiento de origen.

III- Pacientes con Cuadros de Excitación Psicomotriz. En todos los casos se deberá explicitar el diagnóstico, el motivo, el riesgo de auto o heteroagresión, y el tratamiento suministrado en la Unidad de origen.

IV- Pacientes con Esquizofrenia (CIE 10 F-20) y/o Trastorno de Ideas Delirantes Persistentes (CIE 10 F-22).

V- Pacientes con Retraso Mental Moderado (CIE 10 F-71), Grave (CIE 10 F-72) y/o Profundo (CIE 10 F-73).

VI- Pacientes con Trastornos Mentales Severos (F20, F21, F22, F24, F25, F28, F29, F31, F32.3, F33, F42).

Criterios de no Admisión: No deben ser ingresados:

I- Las personas con el solo diagnóstico de ideación suicida o ideación de muerte, siempre que no presenten planes o tentativas de suicidio. En caso de duda se deberá aplicar una batería diagnóstica que evalúe potencial simulación.

II- Personas con Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas (F19), para las cuales el SPF tiene previstos otros dispositivos.



III- Personas con Trastornos de la Personalidad y del comportamiento del adulto (F60, F62).

IV- Personas con Retraso Mental Leve (F70).

V- Todas aquellas personas en situaciones en los cuales los diagnósticos no sean los contemplados en los criterios de admisión.

En documentos anexos se definirán las mencionadas categorías diagnósticas, tomando como criterio lo especificado en el CIE10.

### 2.3- Objetivos

#### 2.3.1- Generales

Establecer la necesidad de ingreso al Programa y alojamiento en algunos de sus dispositivos, o la no admisión a éste; e informar a las autoridades competentes.

#### 2.3.2- Específicos

I- Realizar evaluaciones de diagnóstico de vulnerabilidad psicosocial y socio-penal.

II- Determinar la presencia en la persona de indicadores que den cuenta del atravesamiento actual por un episodio agudo de su salud mental.

III- Detectar en la persona la existencia indicadores de un trastorno mental severo y/o de retraso mental.

IV- Efectuar las derivaciones a dispositivos correspondientes para cada caso.

### 2.4- Metodología

El dispositivo de evaluación tendrá un carácter móvil, constituyéndose en la Sede del Cuerpo Médico Forense, en el Hospital Penitenciario Central I de Ezeiza, o en la Unidad Penal que requiera su intervención. Cuando se solicite una intervención en Unidades Penales del interior del país, el Programa podrá solicitar la colaboración para la realización de la evaluación por parte de la autoridad sanitaria local, especializada en Salud Mental.

Las evaluaciones se realizarán en forma interdisciplinaria. El estudio y las entrevistas que se efectuaran se desarrollarán en el marco de la confidencialidad correspondiente. Al respecto se menciona que para abordar adecuadamente la problemática debe primar un criterio “interdisciplinario” y no “multidisciplinario”, debiéndose evitar la realización de entrevistas “por separado” con cada profesional de las distintas disciplinas, a efectos de preservar la salud mental y el debido respeto de la dignidad humana de la persona evaluada.

Asimismo, los informes resultantes se realizarán interdisciplinariamente con el objeto de determinar, en primer lugar, que la persona sea alojada en cualquier caso en el lugar de residencia originario y/o donde se encuentre viviendo su grupo familiar de referencia, y, en segundo lugar, determinar el dispositivo acorde a las necesidades de la persona evaluada, para efectuar la derivación correspondiente.

Para la realización de cada informe único e interdisciplinario se deberán utilizar diversas fuentes de información, a saber:

I- Entrevista en profundidad individual, realizada por tres profesionales de diversas disciplinas: psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, con apoyo técnico jurídico de un abogado, cuando corresponda.

II- Lectura del expediente judicial.

III- En el caso de resultar posible, entrevista/s con la familia y/o entorno vincular de la persona evaluada.

IV- Entrevista/s con el profesional interviniente, para los casos en que la persona haya recibido tratamiento o algún otro tipo de atención o abordaje.

Protocolo específico de aplicación: Para el desarrollo de las acciones del Dispositivo de Evaluación, se seguirán las siguientes pautas de implementación:

El protocolo se organiza en función de las siguientes tareas:

I- Recepción de la persona derivada. La responsabilidad sobre la seguridad de la persona recaerá en personal del Servicio Penitenciario Federal y el resto de las actividades pertinentes a cargo del Equipo de Evaluación Interministerial.

II- Se confeccionará una Historia Clínica única que acompañará a la persona en todo su proceso por el Programa y en la que deberán constar como mínimo los siguientes datos:

Fecha y horario de ingreso.

Apellido y Nombre.

Número de Historia Clínica.

Fotocopia del Oficio Judicial u Orden de Derivación de otra Unidad Penitenciaria, en el que se ordene su derivación para evaluación y eventual admisión al Programa.

Toda la documentación referida a los tratamientos previos a su derivación en otros dispositivos.

En un documento anexo se establece el Modelo Historia Clínica a seguir.

III- Evaluación de Salud Mental por un equipo compuesto de por lo menos un médico psiquiatra, un psicólogo y un trabajador social. El equipo así constituido deberá emitir un informe fundado que establezca la admisibilidad al Programa, especificando, si correspondiera, la admisión a qué dispositivo de 'tratamiento (dispositivo para atención de episodios agudos, dispositivo para atención de trastornos mentales severos, dispositivo residencial para personas declaradas inimputables).

IV- Primeros recaudos tendientes a la contención terapéutica que corresponda, y en base a la siguiente lógica de procedimiento:

- Diagnóstico Clínico Presuntivo.
- Propuesta de Tratamiento inmediato.

V- Si las condiciones vitales de la persona evaluada fueran críticas, se deberá proceder a dar atención a esta contingencia, derivando para tratamiento a un Hospital de agudos, por medio de una intervención del S.A.M.E, o al Hospital Penitenciario según corresponda, y de acuerdo a un criterio médico de urgencia, y a la capacidad de respuesta efectiva a esta problemática. Todo ingreso o traslado deberá ser comunicado al Juzgado interviniente o de Turno especificando motivos, si correspondiere.

#### 2.5- Resultados e impacto esperados

En la población destinataria es esperable lograr una mayor adecuación de la atención para las distintas problemáticas, ya sea que se trate de un episodio agudo o de un trastorno mental severo.

La separación entre la población penal y la población de inimputables permitirá adecuar los tratamientos a estas particulares y diversas situaciones, dadas por el proceso penal y la sentencia, de las medidas de seguridad, las cuales suponen un abordaje diferencial de las primeras.

#### 2.6- Conformación del equipo de trabajo

El equipo de evaluación es diferente al de tratamiento y se constituye como equipo sanitario autónomo, diferenciándose de los del Cuerpo Médico Forense.

Su plantel se conformará principalmente por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y abogados, quienes se ocuparán de realizar las entrevistas, los informes interdisciplinarios, en términos de recomendaciones para las posteriores derivaciones correspondientes.

Una vez finalizado el informe interdisciplinario, se procederá a gestionar mejor tratamiento posible en base a las recomendaciones realizadas, tomando como parámetro general la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

#### 2.7- Actividades

Se realizarán las siguientes actividades:

I- Entrevistas interdisciplinarias con las personas alojadas en las Unidades Psiquiátricas del SPF al momento de implementación del presente programa.

II- Entrevistas con las personas que ingresan al SPF con algún pedido de evaluación acerca de su salud mental.

III- Lectura y relevamiento de datos contenidos en los expedientes o registros de cada persona.

IV- Entrevistas a referentes vinculares de la persona, no circunscribiéndonos sólo a familiares del mismo, sino también a terceros con quienes tenga un vínculo significativo.

V- Informes interdisciplinarios para cada uno de los casos abordados.

VI- Gestiones correspondientes en virtud de las recomendaciones surgidas de los informes interdisciplinarios.

VII- Reuniones periódicas de equipo de todos los integrantes del Programa.

### 3. DISPOSITIVOS DE TRATAMIENTO

#### 3.1 Lineamientos generales

Las personas con padecimiento mental tienen derecho a recibir atención sanitaria y social, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios; con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud (Capítulo IV, art. 7 de la Ley 26.657).

En relación a tratamiento igualitario, la población carcelaria recibirá el mismo trato que cualquier persona con padecimiento mental y en el marco del modelo de atención de la salud mental integrado al sistema de salud pública. El mismo prevé la internación en un Hospital General (en este caso el HPC I de Ezeiza) y el debido proceso en la gestión clínica y de derechos de las personas (Salud Mental y Derechos Humanos - Vigencia de los estándares internacionales -OPS- 2009).

El equipo interdisciplinario del Hospital Penitenciario Central I de Ezeiza tendrá a su cargo la gestión terapéutica en dos dispositivos complementarios:

I- Dispositivo de Atención a personas con Episodios Agudos.

II- Dispositivo de Atención a personas con Trastornos Mentales Severos.

### 3.2 Dispositivo de Atención a personas con Episodios Agudos

#### 3.2.1 Población a la que está dirigida el dispositivo

Este dispositivo está dirigido a personas que atraviesan una situación de urgencia en salud mental, encontrándose bajo la responsabilidad conjunta del equipo tratante en lo atinente a su tratamiento y el cuidado de la seguridad desde Servicio Penitenciario Federal, derivadas por el equipo de evaluación del Programa.

#### 3.2.2 Objetivo general

Brindar atención integral de urgencia por parte del equipo interdisciplinario de Salud Mental del Hospital Penitenciario Central I de Ezeiza a las personas alojadas en el Servicio Penitenciario Federal o derivadas por Poder Judicial en situaciones de crisis. Entiéndase por crisis la ruptura del equilibrio biopsicosocial (Protocolo de urgencia en Salud Mental - Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones).

#### 3.2.3 Objetivos específicos

Brindar atención de las personas con episodios agudos, de manera integral, las 24 hs del día (con personal de guardia) de tal forma de reducir el nivel de crisis.

#### 3.2.4 Metodología

Al momento de la internación, se realizará un examen médico clínico de rutina, por parte del equipo sanitario del HPC I.

Se procederá luego a realizar una evaluación por parte de un equipo interdisciplinario de salud mental y construcción de una estrategia terapéutica, según lo promovido por el Capítulo V en sus artículos

8, 9, 10, 11 y 12 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Se implementará la metodología de intervención en crisis y, de acuerdo a cada caso en particular, se incluirán intervenciones psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales. La estrategia terapéutica incluye el abordaje familiar y vincular así como psicoeducación.

Según la evolución del tratamiento, la persona podrá ser derivado a una Unidad del Servicio Penitenciario Federal, al Dispositivo de Atención a personas con Trastornos Mentales Severos, al Dispositivo de Egreso o bien el pasaje directo a la comunidad, si correspondiere. En este último caso, cuando la persona se encuentre jurídica y psicosocialmente en condiciones de comenzar el proceso de externación del Sistema, se le deberá proveer el apoyo que resulte necesario para su inclusión social plena.

#### 3.2.5 Resultados e impacto esperado

Atención de la urgencia. Guardia permanente. Estrategia terapéutica a corto y a mediano plazo.

Referencia a otro dispositivo de la red y estrategia de seguimiento.

#### 3.2.6 Conformación del equipo de trabajo

Equipo interdisciplinario que estará compuesto por médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos, y enfermeros. Podrán sumarse recursos humanos no tradicionales, toda vez que colabore con el dispositivo de tratamiento.

#### 3.2.7 Actividades (descripción no taxativa)

I- Asistenciales: Atención de la urgencia - intervención en crisis - guardia.

II- Individuales: Consultorios de seguimiento, atención en sala durante la internación. Interconsulta.

III- Grupales: Grupo terapéutico - Grupo de reflexión - terapia familiar - vincular - redes de acompañamiento y sostén en el proceso salud enfermedad (modelo multifamiliar).

IV- Institucionales: Interconsulta - Trabajo intersectorial - Reuniones del equipo interdisciplinario de salud mental. Reuniones con referentes y autoridades hospitalarias.

V- Reuniones con otros efectores del Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA).

3.2.8 Indicadores de impacto:

I- Sentido de pertenencia y reforzamiento de la identidad del usuario.

II- Mejor nivel de socialización, autonomía y autodeterminación.

III- Adquisición de destrezas y habilidades para la vida.

IV- Lazo socio familiar construido.

V- Redes de sostén organizadas.

VI- Usuarios promocionados a dispositivo de egreso.

VII- Usuarios egresados y referidos directamente a la comunidad dando continuidad a su tratamiento ambulatorio.

VIII- Inclusión de la salud mental en el espacio general de salud.

IX- Disminución del estigma y discriminación hacia la población objetivo

3.3 Dispositivo de Atención a personas con Trastornos Mentales Severos

3.3.1 Población a la que está dirigida el dispositivo

Este dispositivo está dirigido a personas derivadas del equipo de evaluación, de acuerdo a lo establecido en el Punto 2 del Programa.

3.3.2 Objetivo general

Brindar la atención integral de la población objetivo.

3.3.3 Objetivos específicos

I- Desarrollar intervenciones psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales.

II- Realizar abordajes familiares y medidas de re vinculación.

III- Promover el reforzamiento de factores protectores y la disminución de los factores de riesgo para la salud mental.

3.3.4 Metodología

El equipo interdisciplinario desarrollará una estrategia terapéutica para cada caso en particular; según las condiciones de Salud Mental y Psico-jurídicas.

El abordaje psicosocial tendrá por objetivo último favorecer la inclusión en la sociedad, reduciendo el grado de vulnerabilidad psicosocial y sociopenal.

3.3.5 Resultados e impacto esperado

Se espera lograr: la mejoría del estado de salud que originó la internación, desarrollar mayor autonomía y autodeterminación. La adquisición de destrezas y habilidades para la vida. Un cambio de la subjetividad que le permita asumir las responsabilidades de sus actos. Construcción de lazos socio familiares.

Organización de redes de sostén, promoción de usuarios al dispositivo de egreso o a la comunidad.

3.3.6 Conformación del equipo de trabajo

Equipo interdisciplinario que estará compuesto por médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos, enfermeros, y profesionales de la educación, recreación y deporte.

La Coordinación podrá incorporar también recurso no formal, voluntarios, usuarios y familiares entre otros. Se contará con el sistema de custodia policial y medidas de seguridad del predio.

3.3.7 Actividades

I- Grupales: grupo terapéutico - terapia familiar - vincular - redes de acompañamiento y sostén en el proceso salud enfermedad. (Modelo multifamiliar) y entrevistas individuales si la situación del paciente lo requiere.

II- Institucionales: Interconsulta - Trabajo intersectorial - Reuniones del equipo interdisciplinario de salud mental. Reuniones con referentes y autoridades hospitalarias.

III- Reuniones con otros efectores del Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA).

IV- Preventivo Promocionales: potenciar la adquisición de habilidades para una vida saludable.

V- Promoción social (grupo de pertenencia - espacio habitacional adecuado y posible - alimentación y vestido) cultural (recreación - uso saludable del tiempo libre - educación - capacitación en oficios ) laboral (calificación de mano de obra - inclusión en talleres productivos - cooperativas - emprendimientos laborales - empresa social- contratos laborales con organismos gubernamentales y no gubernamentales).

VI- Rehabilitación sanitaria y sociocultural de las personas que padecen trastorno mental.

#### 3.3.8 Indicadores de impacto

I- Sentido de pertenencia y Reforzamiento de la identidad del usuario

II- Mejor nivel de socialización, autonomía y autodeterminación.

III- Cambio de la subjetividad que le permita asumir las responsabilidades de sus actos.

IV- Adquisición de destrezas y habilidades para la vida.

V- Lazo socio familiar construido

VI- Redes de sostén organizadas

VII- Usuarios promocionados a dispositivo de egreso

VIII- Usuarios egresados y referidos directamente a la comunidad dando continuidad a su tratamiento ambulatorio.

IX- Inclusión de la salud mental en el espacio general de salud

X- Disminución del estigma y discriminación hacia la población objetivo

### 3.4 Dispositivo Residencial para personas declaradas inimputables

#### 3.4.1 Lineamientos Generales

Se implementará el mismo modelo de atención en salud mental comunitaria que en las instancias anteriores vinculado al enfoque de derechos y prácticas de atención biopsicosocial, teniendo en consideración la particularidad del marco jurídico que supone la aplicación del Art. 34 del Código Penal.

#### 3.4.2 Población a la que está dirigida

Personas a las que se les imputa la comisión de un delito pero que no pueden afrontar el reproche jurídico por no poder dirigir sus acciones o comprender la criminalidad de su acto.

#### 3.4.3 Objetivo general

Brindar la atención integral de la población objetivo.

#### 3.4.4 Objetivos Específicos

I- Desarrollar intervenciones psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales.

II- Realizar abordajes familiares y medidas de re vinculación.

III- Promover el reforzamiento de factores protectores y la disminución de los factores de riesgo para la salud mental.

#### 3.4.5 Metodología

El equipo interdisciplinario desarrollará una estrategia terapéutica para cada caso en particular según las condiciones de Salud Mental y Psico jurídicas. El abordaje psicosocial tendrá por objetivo último favorecer la inclusión en la sociedad. Se destaca la importancia del abordaje promocional de la población objetivo teniendo en cuenta el doble estigma que incide sobre ella.

#### 3.4.6 Resultados e impacto esperado

Se espera lograr: la mejoría del estado de salud que originó la internación, desarrollar mayor autonomía y autodeterminación. La adquisición de destrezas y habilidades para la vida. Construcción de lazos socio familiares. Organización de redes de sostén, promoción de usuarios a dispositivos de egresos o a la comunidad.

3.4.7 Conformación del equipo de trabajo Equipo interdisciplinario estará compuesto por médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos, enfermeros y profesionales de la educación.

El coordinador podrá incorporar también recurso no formal, voluntarios, usuarios y familiares entre otros. Se contará con el sistema de custodia policial y medidas de seguridad del predio.

#### 3.4.8 Actividades

I- Grupales: grupo terapéutico - terapia familiar - vincular - redes de acompañamiento y sostén en el proceso salud enfermedad. (Modelo multifamiliar) y entrevistas individuales si la situación del paciente lo requiere.

II- Institucionales: Interconsulta - Trabajo intersectorial - Reuniones del equipo interdisciplinario de salud mental. Reuniones con referentes y autoridades hospitalarias.

III- Reuniones con otros efectores del Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA).

IV- Preventivo promocionales: potenciar la adquisición de habilidades para una vida saludable.

V- Promoción social (grupo de pertenencia - espacio habitacional adecuado y posible - alimentación y vestido) cultural (recreación - uso saludable del tiempo libre - educación - capacitación en oficios) laboral (calificación de mano de obra - inclusión en talleres productivos - cooperativas - emprendimientos laborales - empresa social - contratos laborales con organismos gubernamentales y no gubernamentales).

VI- Rehabilitación sanitaria y sociocultural de las personas que padecen trastorno mental.

#### 3.4.9 Indicadores de impacto

I- Sentido de pertenencia y Reforzamiento de la identidad del usuario

II- Mejor nivel de socialización, autonomía y autodeterminación.

III- Adquisición de destrezas y habilidades para la vida.

IV- Lazo socio familiar construido

V- Redes de sostén organizadas

VI- Usuarios promocionados a dispositivo de egreso

VII- Usuarios egresados y referidos directamente a la comunidad dando continuidad a su tratamiento ambulatorio.

VIII- Inclusión de la salud mental en el espacio general de salud

IX- Disminución del estigma y discriminación hacia la población objetivo

#### 4 DISPOSITIVO DE EGRESO. INCLUSION COMUNITARIA PARA PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL EGRESADAS DEL SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL

##### 4.1 Lineamientos generales

El presente subprograma se plantea estrategias de intervención y seguimiento de las personas egresadas o por egresar del SPF con problemáticas de salud mental de las que, luego de la evaluación del equipo de Admisión, se determine la necesidad de su seguimiento personal y comunitario por un período de doce meses aproximadamente.

La admisión al Dispositivo de Egreso se determinará por la necesidad de que la persona reciba un acompañamiento individual y comunitario para su eficaz y efectiva inclusión social.

Será responsabilidad de los profesionales del Programa, así como también de la Dirección Nacional de Readaptación Social, ofrecer la posibilidad de admitir al momento de su liberación, por cualquier causa (aquellas personas que con cumplimiento efectivo de su condena, con medidas de libertad anticipada y con cese de la medida de seguridad del art. 34 CP), el ingreso a este Dispositivo.

Se trata de un dispositivo sanitario abierto, ajeno al Sistema Penal y que encuentra su objetivo principal en garantizar la inclusión social exitosa de la persona que egresa.

La perspectiva psicosocial será el eje del programa, en tanto permite monitorear las formas de la responsabilidad del sujeto frente a la Ley.

Ello permitirá el diseño de estrategias de intervención que redunden en la posibilidad de reintegración social efectiva, a través de la disminución del nivel de vulnerabilidad de los participantes.

Constará con una Casa de Medio Camino que se construirá para este efecto, y equipos de seguimiento comunitario, sea para personas alojadas en sus hogares o en efectores sanitarios.

##### 4.2 Marco conceptual

La presencia de dispositivos que promuevan la re vinculación de la comunidad con las

personas que egresan del Servicio Penitenciario, en especial con del Programa PRISMA desde sus dispositivos de tratamiento, representa la oportunidad de que la comunidad participe de un circuito en el que no se ve necesitada de excluir a la persona, incrementando, a su vez, sus posibilidades de contención y crecimiento vincular.

Esto implica que la persona se encuentre en condiciones básicas para poder compartir el espacio de tareas con otros, en el sentido tanto de su salud como en el de la convivencia armónica y pacífica con los demás.

Las condiciones de encierro apartan al sujeto de la comunidad en la que se constituyó, creando condiciones de artificialidad que, lejos de enfrentarlo con los efectos de sus acciones, lo ubica en una situación de pasividad y extrema vulnerabilidad.

#### 4.3 Población a la que está dirigido el Dispositivo

El Dispositivo se encuentra destinado a aquellas personas que provengan de los Dispositivos de Tratamiento del Programa PRISMA y que obtengan la libertad por cualquier medio.

#### 4.4 Objetivos

##### 4.4.1 Generales

I- Promover la inclusión social.

II- Facilitar la reasunción de la autonomía personal.

III- Estimular la reconstrucción de un proyecto de vida saludable.

##### 4.4.2 Específicos

I- Realizar evaluaciones de diagnóstico de vulnerabilidad psicosocial y socio penal.

II- Efectuar las intervenciones psicosociales correspondientes a los resultados obtenidos en el punto I de este apartado.

III- Efectuar re vinculación comunitaria con la familia y el entorno social de los participantes del Programa.

IV- Generar lazos tendientes a la inclusión laboral y educativa de las personas participantes del Programa.

V- Promover la planificación de proyectos de vida saludables, en los aspectos sociales, ambientales, psicológicos y médicos.

#### 4.5 Metodología

El modelo a seguir es el de la Clínica de la Vulnerabilidad Psico Social, a través de la contención comunitaria, recurriendo a estrategias de intervención alternativas al “Control Social Institucional Punitivo-Represivo”. La estrategia procura reconstruir redes vinculares y grupales que fortalezcan al sujeto y que lo disuadan de incurrir en acciones que entren en conflicto con la ley. Asimismo, la metodología de la Clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial procura colaborar en el proceso de inclusión social, en contraste con la vida en el encierro.

#### 4.6 Resultados e impacto esperados

En la población destinataria es esperable lograr:

I- Un mejoramiento en la calidad de vida a través del cumplimiento de los derechos humanos.

II- Un reposicionamiento subjetivo que implique en la persona la posibilidad de reconocer los aspectos de la personalidad y las condiciones sociales en que se encuentra actualmente, y las anteriores, que lo llevaron a la institución de encierro.

III- Un desmantelamiento de las falsas asociaciones y estigmatizaciones surgidas en el marco de la institución de encierro.

IV- Un mejoramiento en las áreas de afecto, trabajo, salud y educación, a través de la identificación de necesidades realizada en el primer trimestre de abordaje.

#### 4.7 Conformación del equipo de trabajo

El equipo de trabajo se dividirá en dos subequipos, a saber:

I- Seguimiento institucional: compuesto por profesionales (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales) que se ocuparán de realizar entrevistas de seguimiento en el marco de la casa de convivencia en donde se encuentren alojadas las personas participantes del dispositivo.

II- Abordaje comunitario: compuesto por profesionales (psicólogos, abogados, psiquiatras,

trabajadores sociales) que se ocuparán de realizar los contactos con el entorno familiar y vincular de las personas participantes del dispositivo, con el objetivo de afianzar los lazos comunitarios y acelerar el proceso de inclusión social.

Los equipos se constituirán en duplas interdisciplinarias de trabajo, que serán las encargadas de realizar el trabajo de monitoreo, acompañamiento y asistencia.

En el curso del primer mes de trabajo en cada uno de los casos, se espera identificar las necesidades en torno a las áreas de trabajo, salud y educación. Ello redundará en el abordaje de las condiciones afectivas, sanitarias, laborales y educativas, a través de las gestiones que correspondan en cada caso.

#### 4.8 Actividades

Cada dupla, en cada caso, realizará las siguientes actividades:

I- Entrevistas con las personas participantes del dispositivo.

II- Trabajo en grupo.

III- Coordinación quincenal de un grupo de las personas participantes del dispositivo.

Se buscará permanentemente la participación activa de las personas participantes del dispositivo en las actividades y desarrollo del programa.

IV- Entrevistas con el entorno familiar de las personas participantes del dispositivo.

Se buscará la participación activa de los familiares o grupo de referencia. Para ello se realizarán entrevistas con los mismos en el domicilio de residencia y en caso de ser pertinente, en la misma institución.

V- Visita y recorrida del entorno barrial de las personas participantes del dispositivo.

VI- Identificar, solicitar, gestionar, facilitar y ejecutar programas, planes, subsidios, seguros de desempleo y/o cualquier otro recurso de las diversas agencias de la administración local, provincial o nacional y del sector privado.

VII- Visitas a potenciales lugares de trabajo y/o promover y auxiliar la conformación de emprendimientos económicos solitarios o en conjunto, prioritariamente, por parte de las personas que recuperan la libertad.

VIII- Cobertura y gestión de las necesidades sanitarias (tratamientos, análisis, etc.).

IX- Cobertura y gestión de las necesidades educativas (tramitación de títulos, certificados, información de cursos, carreras, etc.).

En cuanto al funcionamiento interno del Programa, todos los integrantes realizarán las siguientes actividades:

I- Reuniones de equipo con los integrantes del Programa.

Su fin es lograr que el diseño interdisciplinario de las intervenciones y acciones emprendidas cumplan con los objetivos y condiciones fijados para el Programa.

II- Supervisiones con expertos en clínica forense y psicología comunitaria.

Su función es despejar dudas e inquietudes del curso de las intervenciones y que los supervisores, cada uno en su especialidad, puedan indicar puntos de conflictividad que el profesional no haya detectado.

III- Emisión de Informes técnicos para cada uno de los casos abordados.

Cada caso contará con un legajo de seguimiento, en el que los profesionales, siguiendo las pautas de confidencialidad, volcarán las observaciones e intervenciones correspondientes.

Es importante hacer hincapié en el derecho de la persona de acceder a su historia clínica y en el carácter confidencial de la misma.

#### 4.9 Indicadores de impacto

Se profundizará el análisis de distintos indicadores que permitirán ir comprobando parcialmente la efectividad de las actividades que se estén ejecutando. En este grupo podemos ubicar:

I- Inclusión educacional.

II- Inclusión laboral.

III- Integración vincular.

IV- Relaciones sociales en la institución, con los profesionales y con los compañeros.

V- Grado de internalización de las normas en cuanto a la implicación en la responsabilidad de sus actos.

VI- Construcción de un proyecto de vida futura.



## PROGRAMA INTERMINISTERIAL DE SALUD MENTAL ARGENTINO PRISMA

Descripción de Diagnósticos incluidos en los dispositivos de tratamiento según Clasificación internacional de trastornos mentales (CIE 10 - OMS):

Trastorno mental Severo

Criterios diagnósticos

Incluye los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos). Todas las categorías diagnósticas incluidas en TMG tienen la consideración de psicóticas, en sentido amplio. Se entiende por tal no sólo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad. Se incluirá a las personas que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación

Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992):

Trastornos esquizofrénicos (F20.x)

Trastorno esquizotípico (F21)

Trastornos delirantes persistentes (F22)

Trastornos delirantes inducidos (F24)

Trastornos esquizoafectivos (F25)

Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)

Trastorno bipolar (F31.x)

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)

Trastornos depresivos graves recurrentes (F33)

Trastorno obsesivo compulsivo (F42)

Duración de la enfermedad

Se ha utilizado como criterio para establecer el TMG una evolución de trastorno de 2 años o más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación) aunque remitan los síntomas.

Presencia de discapacidad

Definida mediante la afectación de moderada a severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar, y que se mide a través de diferentes escalas, como a Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), con puntuaciones <50; y la escala de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS-I), con puntuaciones >3 en todos sus ítems.

F32 Episodios depresivos

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características.

La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se

requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas “somáticos” (ver Introducción, página 143) son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras.

Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Incluye:

Episodios aislados de reacción depresiva.

Depresión psicógena (F32.0, F32.1 o F32.2).

Depresión reactiva (F32.0, F32.1 o F32.2).

Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Incluye:

Episodios depresivos aislados de depresión agitada.

Melancolía.

Depresión vital sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver F30.2).

Incluye: Episodios aislados de:

Depresión mayor con síntomas psicóticos.

Depresión psicótica.

Psicosis depresiva psicógena.

Psicosis depresiva reactiva.

F31 Trastorno bipolar

Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión).

Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados. A diferencia de otros trastornos del humor (afectivos) la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma. Dado que los enfermos que sufren únicamente episodios repetidos de manía son relativamente escasos y de características muy parecidas (antecedentes familiares, personalidad premórbida, edad de comienzo y pronóstico a largo plazo) al resto de los enfermos que tienen al menos episodios ocasionales de depresión, estos enfermos se clasifican como otro trastorno bipolar (F31.8).

Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuarto a cinco meses (la duración mediana es de cuatro meses). Las depresiones tienden a durar más (su duración mediana es de seis meses), aunque rara vez se prolongan más de un año, excepto en personas de edad avanzada.

Ambos tipos de episodios sobrevienen a menudo a raíz de acontecimientos estresantes u otros traumas psicológicos, aunque su presencia o ausencia no es esencial para el diagnóstico. El primer episodio puede presentarse a cualquier edad, desde la infancia hasta la senectud. La frecuencia de los episodios y la forma de las recaídas y remisiones pueden ser muy variables, aunque las remisiones tienden a ser más cortas y las depresiones más frecuentes y prolongadas al sobrepasar la edad media de la vida.

Incluye:

Trastorno maníaco-depresivo.

Psicosis maníaco-depresiva.

Reacción maníaco-depresiva.

Excluye:

Trastorno bipolar, episodio maníaco (F30.-).

Ciclotimia (F34.0).

F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos

Pautas para el diagnóstico

a) El episodio actual satisfaga las pautas de manía sin síntomas psicóticos (F30.1).

b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos

Pautas para el diagnóstico

a) El episodio actual satisfaga las pautas de manía con síntomas psicóticos (F30.2).

b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos

Pautas para el diagnóstico

a) El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2).

b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos

Pautas para el diagnóstico

a) El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3).

b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto

El enfermo ha padecido en el pasado por lo menos un episodio hipomaníaco, maníaco o

mixto y en la actualidad presenta una mezcla o una sucesión rápida de síntomas maníacos, hipomaníacos y depresivos.

Pautas para el diagnóstico

Alternancia de los episodios maníacos y depresivos, separados por períodos de estado de ánimo normal, aunque no es raro encontrar un estado de humor depresivo se acompañe durante días o semanas de hiperactividad y logorrea o que un humor maníaco e ideas de grandeza se acompañe de agitación y pérdida de la vitalidad y de la libido. Los síntomas maníacos y depresivos pueden también alternar rápidamente, de día en día o incluso de hora en hora. El diagnóstico de trastorno bipolar mixto sólo deberá hacerse si ambos tipos de síntomas, depresivos y maníacos, son igualmente destacados durante la mayor parte del episodio actual de enfermedad, que debe durar como mínimo dos semanas.

Excluye: Episodio afectivo mixto aislado (F38.0).

F30-39 Trastornos del humor (afectivos)

La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia.

Este cambio suele acompañarse de uno del nivel general de actividad (vitalidad). La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes. Esta sección incluye los trastornos del humor (afectivos) en todos los grupos de edad. Aquellos que se presentan en la infancia y adolescencia se codificarán por tanto también de acuerdo con las pautas que siguen.

F30 Episodio maníaco

Se especifican aquí tres niveles de gravedad que comparten la exaltación del humor, y el aumento de la cantidad y velocidad de la actividad física y mental propias del individuo. Todas las subdivisiones de esta categoría deben utilizarse sólo para episodios maníacos aislados. En el caso de que haya episodios del trastorno del humor (afectivos) anteriores o posteriores, ya sean depresivos, maníacos o hipomaníacos, debe recurrirse al trastorno bipolar (F31.-).

Incluye:

Trastorno bipolar aislado.

Episodio maníaco aislado.

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos

En este trastorno existe una exaltación del humor sin relación con las circunstancias ambientales, que puede variar desde una jovialidad descuidada hasta una excitación casi incontrolable. La euforia se acompaña de aumento de vitalidad con hiperactividad, logorrea y una disminución de las necesidades de sueño. Hay una pérdida de la inhibición social normal, una imposibilidad de mantener la atención y gran tendencia a distraerse. La estimación de sí mismo crece desmesuradamente y se expresan sin inhibiciones ideas de grandeza o extraordinariamente optimistas.

Pueden presentarse trastornos de la percepción tales como una apreciación de los colores en forma especialmente vivida (y por lo general hermosa), o bien una preocupación con los detalles finos de las superficies o texturas, así como hiperacusia subjetiva. El individuo se puede embarcar en proyectos extravagantes e impracticables, gastar dinero de forma descabellada o tornarse excesivamente agresivo, cariñoso o chistoso en circunstancias inadecuadas.

En algunos episodios maníacos, el humor es irritable y celoso más que exaltado. La primera manifestación tiene lugar con mayor frecuencia entre los 15 y los 30 años de edad, pero puede presentarse a cualquier edad desde el final de la infancia hasta la séptima u octava década de la vida.

Pautas para el diagnóstico

El episodio debe durar al menos una semana, debe ser lo suficientemente grave como para alterar la actividad laboral y social de forma más o menos completa. La alteración del humor debe acompañarse de un aumento de la vitalidad y varios de los síntomas descritos

en el apartado previo (en particular la logorrea, la disminución de las necesidades del sueño, las ideas de grandeza y el optimismo excesivo).

#### F30.2 Manía con síntomas psicóticos

El cuadro clínico es el de una forma de manía más grave que la descrita en F30.1. El grado de aumento de la estimación de sí mismo y las ideas de grandeza pueden desembocar en ideas delirantes, así como la irritabilidad y el recelo pueden dar paso a las ideas delirantes de persecución. En los casos graves pueden presentarse marcadas ideas delirantes de grandeza o religiosas referidas a la propia identidad o a una misión especial. La fuga de ideas y la logorrea pueden dar lugar a una falta de comprensibilidad del lenguaje. La excitación y la actividad física intensa y mantenida pueden dar lugar a agresiones o violencias. El descuido de la alimentación, de la ingesta de líquidos y de la higiene personal puede dar lugar a situaciones peligrosas de deshidratación y abandono. Si fuere necesario, las ideas delirantes y las alucinaciones pueden calificarse de congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. “No congruente” incluye las ideas delirantes y alucinaciones que se presentan con un estado de ánimo neutro, por ejemplo, ideas de referencia sin sentimientos de culpabilidad o sin sentirse acusado o voces alucinatorias sobre temas que no tienen un significado emocional especial.

Incluye: Estupor maníaco.

#### F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios

El método utilizado para diagnosticar se basa en construir una secuencia diagnóstica la cual refleja el orden de prioridad asignado a características claves del trastorno. El orden de prioridad utilizado es el siguiente:

- a) Comienzo agudo (menos de dos semanas), como característica que define al grupo en general.
- b) Presencia de síndromes típicos.
- c) Presencia de estrés agudo.

El comienzo agudo se define como un cambio desde un estado sin características psicóticas a otro claramente anormal y psicótico en un período de dos semanas o menos. Hay evidencia de que el comienzo agudo es signo de buen pronóstico y es posible que cuanto más súbito sea el inicio, mejor será el desenlace.

Los síndromes típicos seleccionados son, primero, el estado rápidamente cambiante y variable, llamado aquí “polimorfo”, el cual ha sido descrito en los trastornos psicóticos agudos en varios países y, en segundo lugar, la presencia de síntomas esquizofrénicos típicos.

La presencia de estrés agudo puede también especificarse con un quinto carácter, teniendo en cuenta su relación tradicional con la psicosis aguda. El estrés agudo asociado significa que los primeros síntomas psicóticos se presentaron no más allá de dos semanas después de uno o más acontecimientos que serían vivenciados como estresantes por la mayoría de personas en circunstancias similares dentro del mismo ambiente cultural. Acontecimientos típicos de esta clase son los duelos, las pérdidas inesperadas de compañeros o de trabajo, el contraer matrimonio, o el trauma psicológico del combate, el terrorismo y la tortura. Las dificultades o problemas crónicos no deben ser considerados en este contexto como fuente de estrés. La recuperación completa tiene lugar generalmente dentro del plazo de dos o tres meses, a menudo en pocas semanas e incluso días, y sólo una pequeña proporción de enfermos con estos trastornos desarrollan estados persistentes e invalidantes.

#### Pautas para el diagnóstico

Ninguno de los trastornos de este grupo satisface las pautas de un episodio maníaco (F30.-) o depresivo (F32.-), aunque los cambios emocionales y los síntomas afectivos individuales puedan estar de vez en cuando en primer plano.

Ausencia de una causa orgánica, tal como de conmoción cerebral, delirium o demencia. A menudo se observa perplejidad, preocupación o falta de atención hacia la conversación inmediata pero si estos síntomas son tan marcados o persistentes como para sugerir delirium o demencia de causa orgánica, el diagnóstico debe ser pospuesto hasta que la exploración o la evolución hayan aclarado este punto.

Las pautas temporales (tanto en lo que se refiere a las dos semanas como a las 48 horas) no

se refieren al tiempo de máxima gravedad y perturbación, sino a plazos en los cuales los síntomas psicóticos han llegado a ser obvios y desorganizadores de, al menos, algunos aspectos de la vida diaria y del trabajo. El apogeo del trastorno puede tener lugar en ambos casos más tarde. Los síntomas y las alteraciones deben de ser obvios sólo en los plazos citados, en el sentido de que normalmente habrán llevado al individuo a buscar algún tipo de ayuda o de intervención médica.

Puede utilizarse un quinto carácter para indicar si el trastorno psicótico agudo se asocia a una situación estresante aguda:

F23.x0 No secundario a situación estresante aguda.

F23.x1 Secundario a situación estresante aguda.

F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo (sin síntomas de esquizofrenia)

Trastorno psicótico agudo en el cual las alucinaciones, las ideas delirantes y las alteraciones de la percepción son evidentes pero marcadamente variables y cambiantes de un día para otro e incluso de una hora a otra. También suele estar presente un estado de confusión emocional con intensos sentimientos fugaces de felicidad y éxtasis o de angustia e irritabilidad. Este cuadro clínico cambiante, polimorfo e inestable es característico y aunque a veces destacan síntomas individuales de tipo afectivo o psicótico, no se satisfacen las pautas para episodio maníaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-) o esquizofrenia (F20.-). Este trastorno suele tener un comienzo súbito (menos de 48 horas) y una rápida resolución de los síntomas. En un elevado número de casos no existe un claro estrés precipitante.

Pautas para el diagnóstico

- a) El comienzo sea agudo (pasar desde un estado no psicótico a un estado claramente psicótico en el plazo de dos semanas o menos).
- b) Estén presentes varios tipos de alucinaciones o ideas delirantes, variando de tipo e intensidad de un día para otro o dentro del mismo día.
- c) Exista un estado emocional cambiante de forma similar.
- d) A pesar de la variedad de los síntomas, ninguno esté presente con la suficiente consistencia como para satisfacer las pautas de esquizofrenia (F20.-) o de un episodio maníaco o depresivo (F30.- o F32.-).

Incluye:

“Bouffée delirante” sin síntomas de esquizofrenia o no especificada.

Psicosis cicloide sin síntomas de esquizofrenia o no especificada.

F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia

Trastorno psicótico agudo en el que se satisfacen las pautas diagnósticas del trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0) y en el que están presentes de forma consistente síntomas típicos de la esquizofrenia.

Pautas para el diagnóstico

Deben cumplirse las pautas a), b) y c) del trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0). Que además hayan estado presentes síntomas que satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-) durante la mayor parte del tiempo desde que el cuadro clínico psicótico se estableció de forma evidente.

Si los síntomas esquizofrénicos persisten más de un mes, el diagnóstico debe ser cambiado por el de esquizofrenia (F20.-).

Incluye:

“Bouffée delirante” con síntomas de esquizofrenia.

Psicosis cicloide con síntomas de esquizofrenia.

F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico

Trastorno psicótico agudo en el cual los síntomas psicóticos son comparativamente estables y satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-) pero cuya duración ha sido inferior a un mes. Puede estar presente hasta cierto punto una inestabilidad o variabilidad emocional, pero no con la extensión descrita en el trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0).

Pautas para el diagnóstico

- a) El comienzo de los síntomas psicóticos sea agudo (desde un estado no psicótico a otro claramente psicótico en dos semanas o menos).

b) Hayan estado presentes síntomas que satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-) durante la mayor parte del tiempo desde que el cuadro clínico psicótico se estableció de forma evidente.

c) No se satisfacen las pautas del trastorno psicótico agudo polimorfo.

Si los síntomas esquizofrénicos duran más de un mes, este diagnóstico deberá sustituirse por el de esquizofrenia (F20.-).

Incluye:

Esquizofrenia aguda (indiferenciada).

Esquizofrenia aguda.

Trastorno o psicosis esquizofreniforme breve.

Oneirofrenia. Reacción esquizofrénica.

Excluye:

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

Trastorno esquizofreniforme sin especificación (F20.8).

F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes

Trastornos psicóticos agudos en los cuales la característica principal es la presencia de ideas delirantes o alucinaciones comparativamente estables pero que no satisfacen las pautas de la esquizofrenia

(F20.-). Las ideas delirantes de persecución o de referencia son frecuentes y las alucinaciones son generalmente auditivas (voces que hablan directamente al enfermo).

Pautas para el diagnóstico

a) El comienzo de los síntomas psicóticos sea agudo (desde un estado no psicótico a otro claramente psicótico en dos semanas o menos).

b) Las ideas delirantes o alucinaciones hayan estado presentes durante la mayoría del tiempo desde que el cuadro clínico comenzó a manifestarse.

c) No se satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-) ni del trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0).

Si las ideas delirantes persisten más de tres meses, el diagnóstico debe cambiarse por el de trastornos de ideas delirantes persistentes (F22.-). Si son sólo las alucinaciones las que persisten más de tres meses, el diagnóstico debe cambiarse por el de otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28).

Incluye:

Reacción paranoide.

Psicosis psicógena paranoide.

F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios

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

F23.9 Trastorno psicótico agudo y transitorio sin especificación

Incluye: Psicosis reactiva (breve) sin especificación.

F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes

Variedad de trastornos en los cuales la característica clínica única o más destacada la constituyen las ideas delirantes consolidadas durante bastante tiempo, que no pueden ser clasificadas como orgánicas, esquizofrénicas o afectivas. Se trata probablemente de un grupo heterogéneo, cuyas relaciones con la esquizofrenia no son claras. Por otra parte, la importancia relativa en su génesis de los factores genéticos, de los rasgos de la personalidad y las circunstancias vitales no es clara y es probablemente diversa.

F22.0 Trastorno de ideas delirantes

Grupo de trastornos caracterizado por la aparición de un único tema delirante o de un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí que normalmente son muy persistentes, y que incluso pueden durar hasta el final de la vida del individuo. El contenido del tema o conjunto de ideas delirantes es muy variable. A menudo es de persecución, hipocondríaco o

de grandeza, pero también puede referirse a temas de litigio o de celos o poner de manifiesto la convicción de que una parte del propio cuerpo está deformada o de que otros piensan que se despiden mal olor o que se es homosexual. Lo más característico es que no se presente otra psicopatología, pero pueden aparecer de modo intermitente síntomas depresivos y, en algunos casos, alucinaciones olfatorias y táctiles. Las voces alucinatorias, los síntomas esquizofrénicos tales como las ideas delirantes de ser controlado, el embotamiento afectivo y la presencia de una enfermedad cerebral son incompatibles con este diagnóstico. Sin embargo, alucinaciones auditivas ocasionales o transitorias, no típicamente esquizofrénicas y que no constituyen una parte principal del cuadro clínico, no excluyen el diagnóstico en enfermos ancianos.

Suele comenzar hacia la edad media o avanzada de la vida, pero algunas veces, especialmente en casos de creencias sobre deformaciones del cuerpo, surge en el inicio de la madurez. El contenido de las ideas delirantes y el momento en el que aparecen y suele poder tener relación con algunas situaciones biográficas significativas, por ejemplo, ideas delirantes de persecución en personas que pertenecen a minorías sociales. Fuera del comportamiento directamente relacionado con el tema de las ideas o sistema delirante, son normales la afectividad, el lenguaje y el resto de la conducta. Pautas para el diagnóstico

El tema o conjunto de ideas delirantes deben ser la manifestación clínica única o la más destacada y deben de estar presentes durante por lo menos tres meses y ser claramente propias del enfermo, es decir, no depender de factores culturales. Pueden presentarse síntomas depresivos de una manera intermitente e incluso un episodio depresivo completo (F32.-) siempre y cuando las ideas delirantes no coincidan con las alteraciones del estado de ánimo. No hay evidencia de lesión cerebral, de voces alucinatorias ocasionales y de antecedentes de síntomas esquizofrénicos (ideas delirantes de ser controlado, difusión del pensamiento, etc.).

Incluye:

Paranoia.

Psicosis paranoide sin especificación.

Estado paranoide.

Parafrenia (tardía).

Delirio sensitivo de referencia (sensitiver Beziehungswahn).

Excluye:

Trastorno paranoide de la personalidad (F60.0).

Psicosis paranoide psicógena (F23.3).

Reacción paranoide (F23.3). Esquizofrenia paranoide (F20.0).

F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes

Categoría residual para los trastornos de ideas delirantes persistentes que no reúnen las pautas de un trastorno de ideas delirantes (F22.0). Deben codificarse aquí los trastornos en los cuales el tema o conjunto de ideas delirantes se acompañen de voces alucinatorias o de síntomas esquizofrénicos en grado insuficiente como para satisfacer las pautas de esquizofrenia (F20.-). Los trastornos delirantes que han durado por lo menos más de tres meses pero menos de seis, deben, no obstante, ser codificados, al menos transitoriamente de acuerdo con F23.

Incluye:

Dismorfofobia delirante.

Estado paranoide involutivo.

Paranoia querulante.

F22.9 Trastorno delirante persistente sin especificación

F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes

F20 Esquizofrenia

Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona



normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede.

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vividos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. La perplejidad es frecuente ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo.

En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, que en la actividad mental normal están soterrados, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación.

Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible.

Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos.

El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductual o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña. El curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante (debe especificarse con un quinto carácter). Un porcentaje de casos, que varía en las diferentes culturas y poblaciones, evoluciona hacia una recuperación completa o casi completa. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres.

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:

- a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo, estupor.
- h) Síntomas “negativos” tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.

i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

Pautas para el diagnóstico

Presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más.

El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecederan claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad, debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo (F25.-), aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por sí solos el diagnóstico de esquizofrenia.

Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicotropas o una abstinencia a las mismas. Los trastornos similares que se presentan en el curso de una epilepsia o de otra enfermedad cerebral deberán codificarse de acuerdo con la categoría F06.2 y aquellos inducidos por sustancias psicotropas como F1x.5.

Formas de evolución

La forma de evolución de los trastornos esquizofrénicos se clasificará según las siguientes categorías de cinco caracteres:

F20x.0 Continua.

F20x.1 Episódica con defecto progresivo.

F20x.2 Episódica con defecto estable.

F20x.3 Episódica con remisiones completas.

F20x.4 Remisión incompleta.

F20x.5 Remisión completa.

F20x.8 Otra forma de evolución.

F20x.9 Forma de evolución indeterminada, período de observación demasiado breve.

F20.0 Esquizofrenia paranoide

Es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. En el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos.

Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

a) Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.

b) Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos.

c) Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales u de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan.

El curso de la esquizofrenia paranoide puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico. En esta última variedad los síntomas floridos persisten durante años y es difícil distinguir episodios aislados. El comienzo tiende a ser más tardío que en las formas hebefrénica y catatónica.

Pautas para el diagnóstico

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia y además deben predominar las alucinaciones o las ideas delirantes y ser relativamente poco llamativos los trastornos de la afectividad, de la voluntad y del lenguaje y los síntomas catatónicos. Normalmente las alucinaciones son del tipo descrito en b) y c). Las ideas delirantes pueden ser casi de cualquier tipo, pero las más características son las ideas delirantes de ser controlado, de influencia, de dominio y las ideas de persecución de diversos tipos.

Incluye: Esquizofrenia parafrénica.

Excluye:

Estado paranoide involutivo (F22.8).

Paranoia (F22.0).

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica

Forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondríacas y de frases repetitivas.

El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva.

Esta forma de esquizofrenia comienza por lo general entre los 15 y los 25 años de edad y tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia.

Además de las alteraciones afectivas y de la voluntad, destaca el trastorno del pensamiento.

Pueden aparecer alucinaciones e ideas delirantes pero no son predominantes. Se pierden la iniciativa y la determinación, se pierde cualquier tipo de finalidad de tal forma que el comportamiento del enfermo parece errático y vacío de contenido. Además, la preocupación superficial y manierística por temas religiosos, filosóficos o abstractos puede hacer difícil al que escucha seguir el hilo del pensamiento.

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico seguro de hebefrenia normalmente es necesario un período de dos o tres meses de observación continua para asegurarse de que persiste el comportamiento característico.

Incluye:

Esquizofrenia desorganizada.

Hebefrenia.

F20.2 Esquizofrenia catatónica

Presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Durante largos períodos de tiempo pueden mantenerse posturas y actitudes rígidas y encorsetadas. Otra característica llamativa de este trastorno es la excitación intensa.

Pautas para el diagnóstico

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia. Pueden aparecer síntomas catatónicos aislados y transitorios en el contexto de cualquier otro tipo de esquizofrenia.

Para el diagnóstico de esquizofrenia catatónica deben predominar en el cuadro clínico uno o más de los siguientes tipos de comportamiento:

a) Estupor (marcada disminución de la capacidad de reacción al entorno y reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos) o mutismo.

b) Excitación (actividad motriz aparentemente sin sentido, insensible a los estímulos externos).

c) Catalepsia (adoptar y mantener voluntariamente posturas extravagantes e inadecuadas).

d) Negativismo (resistencia aparentemente sin motivación a cualquier instrucción o intento de desplazamiento o presencia de movimientos de resistencia).

e) Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser desplazado).

f) Flexibilidad cérea (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior).

g) Obediencia automática (se cumplen de un modo automático las instrucciones que se le dan) y perseveración del lenguaje.

Incluye:

Estupor catatónico.

Catalepsia esquizofrénica.

Catatonía esquizofrénica.

Flexibilidad cética esquizofrénica.

### F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

Conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia (ver la introducción a F20) pero que no se ajustan a ninguno de los tipos F20.0-F20.2 o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular. Esta categoría deberá utilizarse únicamente para los cuadros psicóticos (excluyendo, pues, a la esquizofrenia residual, F20.5, y a la depresión postesquizofrénica, F20.4) y sólo después de haber intentado clasificar el cuadro clínico en alguna de las tres categorías precedentes.

Pautas para el diagnóstico

- a) Satisfacen las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia.
- b) No satisfacen las pautas de los tipos catatónico, hebefrénico o paranoide.
- c) No reúnen las pautas para la esquizofrenia residual o la depresión postesquizofrénica.

Incluye: Esquizofrenia atípica.

### F20.4 Depresión postesquizofrénica

Trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después de un trastorno esquizofrénico.

Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos, pero no predominan en el cuadro clínico. Estos síntomas esquizofrénicos persistentes pueden ser “positivos” o “negativos”, aunque estos últimos son los más frecuentes. Rara vez son lo suficientemente graves o duraderos para satisfacer las pautas de un episodio depresivo grave (F32.2 y F32.3) y a menudo es difícil decidir qué síntomas del enfermo son debidos a una depresión, cuáles a la medicación neuroleptica y cuáles son expresión del trastorno de la voluntad y del empobrecimiento afectivo de la esquizofrenia por sí misma. Estos estados depresivos se acompañan de un alto riesgo de suicidio.

Pautas para el diagnóstico

- a) El enfermo ha tenido en los últimos doce meses una enfermedad esquizofrénica que satisfacía las pautas generales de esquizofrenia (ver la introducción a F20).
- b) Persisten algunos síntomas esquizofrénicos.
- c) Los síntomas depresivos son destacados, fuente de malestar y cumplen al menos las pautas de un episodio depresivo (F32) y han estado presentes por lo menos durante dos semanas.

### F20.5 Esquizofrenia residual

Estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales (que incluyen uno o más episodios con síntomas psicóticos que han satisfecho las pautas generales de la esquizofrenia) hacia los estadios finales caracterizados por la presencia de síntomas “negativos” y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles.

Pautas para el diagnóstico

- a) Presencia de síntomas esquizofrénicos “negativos” destacados, por ejemplo, inhibición psicomotriz, falta de actividad, embotamiento afectivo, pasividad y falta de iniciativa, empobrecimiento de la calidad o contenido del lenguaje, comunicación no verbal (expresión facial, contacto visual, entonación y postura) empobrecida, deterioro del aseo personal y del comportamiento social.
- b) Evidencia de que en el pasado ha habido por lo menos un episodio claro que ha reunido las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia.
- c) Un período de por lo menos un año durante el cual la intensidad y la frecuencia de la sintomatología florida (ideas delirantes y alucinaciones) han sido mínimas o han estado claramente apagadas, mientras que destacaba la presencia de un síndrome esquizofrénico “negativo”.
- d) La ausencia de demencia u otra enfermedad o trastorno cerebral orgánico, de depresión crónica o de institucionalización suficiente como para explicar el deterioro.

Incluye:

Esquizofrenia crónica no diferenciada.

Estado esquizofrénico residual.

#### F20.6 Esquizofrenia simple

Trastorno no muy frecuente en el cual se presenta un desarrollo insidioso aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general. No hay evidencia de alucinaciones y ni de ideas delirantes y el trastorno es no tan claramente psicótico como los tipos hebefrénico, paranoide y catatónico. Los rasgos “negativos” característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, embotamiento afectivo, abulia) aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos claramente manifiestos. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo, los enfermos se encierran en sí mismos, se vuelven ociosos y pierden sus objetivos.

Pautas para el diagnóstico

Desarrollo progresivo durante un período de tiempo superior a un año, de los síntomas “negativos” característicos de la esquizofrenia residual, sin que hayan existido antecedentes de alucinaciones, de ideas delirantes ni de otras manifestaciones de un episodio psicótico pasado, con cambios significativos en la conducta personal manifestados con una marcada pérdida de interés, ociosidad y aislamiento social.

Incluye: Esquizofrenia simple.

#### F20.8 Otra esquizofrenia

Incluye:

Esquizofrenia cenestopática.

Trastorno esquizofreniforme sin especificación.

Excluye:

Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (F23.2).

Esquizofrenia cíclica (F25.2).

Esquizofrenia latente (F23.2).

#### F20.9 Esquizofrenia sin especificación

#### F70-79 Retraso mental

El retraso mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. El retraso mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental. De hecho, los afectados de un retraso mental pueden padecer todo el espectro de trastornos mentales y su prevalencia es al menos tres o cuatro veces mayor en esta población que en la población general. Además de esto, los individuos con retraso mental tienen un mayor riesgo de sufrir explotación o abusos físicos y sexuales. La adaptación al ambiente está siempre afectada, pero en un entorno social protegido, con el adecuado apoyo, puede no ser significativa en enfermos con un retraso mental leve. Puede recurrirse a un cuarto carácter para especificar el deterioro comportamental presente, siempre que no sea debido a un trastorno concomitante:

F7x.0 Sin deterioro del comportamiento o con deterioro mínimo

F7x.1 Con deterioro del comportamiento importante que requiere atención o tratamiento

F7x.8 Con otro deterioro del comportamiento

F7x.9 Sin alusión al deterioro del comportamiento

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico definitivo deben estar presentes un deterioro del rendimiento intelectual, que da lugar a una disminución de la capacidad de adaptarse a las exigencias cotidianas del entorno social normal. Los trastornos somáticos o mentales asociados tienen una gran repercusión en el cuadro clínico y en el rendimiento. La categoría diagnóstica elegida debe, por tanto, basarse en la evaluación de la capacidad global, al margen de cualquier déficit de un área o de una capacidad concreta. A continuación, y a modo de una guía que no debe ser aplicada de una manera rígida debido a los problemas de la validez transcultural, se mencionan los cocientes intelectuales (CI) correspondientes a cada categoría. Estas son divisiones arbitrarias de un espectro complejo y no pueden ser

definidas con absoluta precisión. El CI debe determinarse mediante la aplicación individual de tests de inteligencia estandarizados y adaptados a la cultura del enfermo. Los tests adecuados deben seleccionarse de acuerdo con el nivel de funcionamiento individual y las invalideces concretas adicionales, por ejemplo, por tener en cuenta posibles problemas de la expresión del lenguaje, sordera y otros defectos físicos. Las escalas de madurez social y de adaptación aportan una información suplementaria siempre y cuando estén adaptados a la cultura del enfermo y pueden completarse con entrevistas a los padres o a las personas que cuidan a estos enfermos y que conocen la capacidad del enfermo para la actividad cotidiana.

#### F71 Retraso mental moderado

Los individuos incluidos en esta categoría presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en esta área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también están retrasadas, de tal manera que algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente. Aunque los progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo.

Los programas educativos especiales pueden proporcionar a estos afectados la oportunidad para desarrollar algunas de las funciones deficitarias y son adecuados para aquellos con un aprendizaje lento y con un rendimiento bajo. De adultos, las personas moderadamente retrasadas suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y se les supervisa de un modo adecuado. Rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta. Sin embargo, por lo general, estos enfermos son físicamente activos y tienen una total capacidad de movimientos. La mayoría de ellos alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples.

#### Pautas para el diagnóstico

El CI está comprendido entre 35 y 49. En este grupo lo más frecuente es que haya discrepancias entre los perfiles de rendimiento y así hay individuos con niveles más altos para tareas viso-espaciales que para otras dependientes del lenguaje, mientras que otros son marcadamente torpes, pero son capaces de participar en relaciones sociales o conversaciones simples. El nivel de desarrollo del lenguaje es variable, desde la capacidad para tomar parte en una conversación sencilla hasta la adquisición de un lenguaje sólo suficiente para sus necesidades prácticas. Algunos nunca aprenden a hacer uso del lenguaje, aunque pueden responder a instrucciones simples.

Algunos aprenden a gesticular con las manos para compensar, hasta cierto grado, los problemas del habla. En la mayoría de los que se incluyen en esta categoría puede reconocerse una etiología orgánica. En una proporción pequeña pero significativa están presentes un autismo infantil o trastornos del desarrollo, los cuales tienen una gran repercusión en el cuadro clínico y en el tipo de tratamiento necesario. También son frecuentes la epilepsia, los déficits neurológicos y las alteraciones somáticas, sobre todo en los retrasos mentales moderados, a pesar de lo cual la mayoría pueden llegar a ser capaces de caminar sin ayuda. Algunas veces es posible identificar otros trastornos psiquiátricos, pero el escaso nivel del desarrollo del lenguaje hace difícil el diagnóstico, que puede tener que basarse en la información obtenida de terceros.

Incluye:

Imbecilidad.

Subnormalidad mental moderada.

Oligofrenia moderada.

#### F72 Retraso mental grave

Tanto el cuadro clínico, como la etiología orgánica y la asociación con otros trastornos son similares a los del retraso mental moderado, siendo lo más frecuente en este grupo unas adquisiciones de nivel más bajas que los mencionados en F71. Muchas personas dentro de esta categoría padecen un grado marcado de déficit motor o de la presencia de otros déficits que indica la presencia de un daño o una anomalía del desarrollo del sistema nervioso central, de significación clínica.

Pautas para el diagnóstico

El CI está comprendido entre 20 y 34.

Incluye:

Subnormalidad mental grave.

Oligofrenia grave.

F73 Retraso mental profundo

El cociente intelectual en esta categoría es inferior a 20, lo que significa en la práctica que los afectados están totalmente incapacitados para comprender instrucciones o requerimientos o para actuar de acuerdo con ellas. La mayoría tienen una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres y son capaces en el mejor de los casos sólo de formas muy rudimentarias de comunicación no verbal. Poseen una muy limitada capacidad para cuidar sus necesidades básicas y requieren ayuda y supervisión constantes.

Pautas para el diagnóstico

El CI es inferior a 20. La comprensión y la expresión del lenguaje, se limitan, en el mejor de los casos, a la comprensión de órdenes básicas y a hacer peticiones simples. Pueden adquirir las funciones viso-espaciales más básicas y simples como las de comparar y ordenar, y ser capaces, con una adecuada supervisión y guía, de una pequeña participación en las tareas domésticas y prácticas. En la mayoría de los casos puede ponerse de manifiesto una etiología orgánica. Lo más frecuente es que se acompañen de déficits somáticos o neurológicos graves que afectan a la motilidad, de epilepsia o de déficits visuales o de audición. También es muy frecuente la presencia de trastornos generalizados del desarrollo en sus formas más graves, en especial de autismo atípico, sobre todo en aquellos casos que son capaces de caminar.

Incluye:

Idiocia.

Subnormalidad mental profunda.

Oligofrenia profunda.

**PROGRAMA INTERMINISTERIAL DE SALUD MENTAL ARGENTINO PRISMA**

Descripción de Diagnósticos no incluidos en los dispositivos de tratamiento según Clasificación internacional de trastornos mentales (CIE 10 - OMS)

F60-F62 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

Incluye diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, 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 estas alteraciones y modos 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.

Estos tipos de trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Con frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social.

Los trastornos de la personalidad se diferencian de las transformaciones de la personalidad por el momento y el modo de aparición. Son alteraciones del desarrollo que aparecen en la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez. No son secundarios a otros trastornos mentales o lesiones cerebrales, a pesar de que pueden preceder a otros trastornos o coexistir con ellos. Por el contrario, la transformación de la personalidad es adquirida, normalmente, durante la vida adulta, como consecuencia de situaciones estresantes graves o prolongadas, de privaciones ambientales extremas, de trastornos psiquiátricos graves o de lesiones o enfermedades cerebrales (ver F07.-).

En las manifestaciones de las anomalías de la personalidad, las diferencias culturales o regionales son importantes, pero son aún escasos los conocimientos específicos en esta área.

Los problemas de personalidad que se presentan con una frecuencia especial en una determinada parte del mundo, pero que no corresponden a ninguno de los subtipos que se especifican a continuación, pueden clasificarse como “otros” trastornos de la personalidad e identificarse mediante un quinto carácter en el código correspondiente de una posible adaptación de la CIE-10 para esa región o país en particular. Las diferencias locales de las manifestaciones de un trastorno de personalidad pueden reflejarse también en la redacción de las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico del trastorno correspondiente.

#### F60 Trastornos específicos de la personalidad

Incluye trastornos graves del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del individuo, que normalmente afectan a varios aspectos de la personalidad y que casi siempre se acompañan de alteraciones personales y sociales considerables. Los trastornos de la personalidad tienden a presentarse en la infancia y adolescencia y a persistir durante la edad adulta. Por ello es probable que un diagnóstico de trastorno de personalidad sea adecuado antes de los 16 ó 17 años. A continuación se presentan las pautas generales de diagnóstico correspondientes a todos los trastornos de la personalidad.

El resto de las características complementarias se especifican en cada uno de los subtipos.

#### Pautas para el diagnóstico

Se requiere la presencia de una alteración de la personalidad no directamente atribuible a una lesión o enfermedad cerebral importante, o a otros trastornos psiquiátricos, que reúna las siguientes pautas:

- a) Actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, por ejemplo, a la afectividad, a la excitabilidad, al control de los impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.
- b) La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de enfermedad mental.
- c) La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.
- d) Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.
- e) El trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.
- f) El trastorno se acompaña, por lo general aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social.

Para diagnosticar la mayoría de los tipos citados más abajo, se requiere a menudo la presencia de al menos tres de los rasgos o formas de comportamiento que aparecen en su descripción.

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad Es un trastorno de personalidad caracterizado por:

- a) Sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires.
- b) Incapacidad para perdonar agravios o perjuicios y predisposición a rencores persistentes.
- c) Suspiciousidad y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias interpretando las manifestaciones neutras o amistosas de los demás como hostiles o despectivas.
- d) Sentido combativo y tenaz de los propios derechos al margen de la realidad.
- e) Predisposición a los celos patológicos.
- f) Predisposición a sentirse excesivamente importante, puesta de manifiesto por una actitud autorreferencial constante.
- g) Preocupación por “conspiraciones” sin fundamento de acontecimientos del entorno inmediato o del mundo en general.

Incluye:

Personalidad expansiva.

Personalidad paranoide.

Personalidad sensitiva paranoide.

Personalidad querulante.

Trastorno expansivo de la personalidad.



Trastorno sensitivo paranoide de la personalidad.

Trastorno querulante de la personalidad.

Excluye:

Esquizofrenia (F20.-).

Trastorno de ideas delirantes (F22.-).

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a) Incapacidad para sentir placer (anhedonia).
- b) Frialdad emocional, despego o embotamiento afectivo.
- c) Incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira a los demás.
- d) Respuesta pobre a los elogios o las críticas.
- e) Poco interés por relaciones sexuales con otras personas (teniendo en cuenta la edad).
- f) Actividades solitarias acompañadas de una actitud de reserva.
- g) Marcada preferencia por devaneos fantásticos, por actividades solitarias acompañada de una actitud de reserva y de introspección.
- h) Ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza, las que se limitan a una sola persona o el deseo de poder tenerlas.
- i) Marcada dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales, lo que da lugar a un comportamiento excéntrico.

Excluye:

Esquizofrenia (F20.-).

Trastorno esquizotípico (F21).

Síndrome de Asperger (F84.5).

Trastorno de ideas delirantes (F22.0).

Trastorno esquizoide de la infancia (F84.5).

F60.2 Trastorno disocial de la personalidad

Se trata de un trastorno de personalidad que, normalmente, llama la atención debido a la gran disparidad entre las normas sociales prevalecientes y su comportamiento; está caracterizado por:

- a) Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía.
- b) Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales.
- c) Incapacidad para mantener relaciones personales duraderas.
- d) Muy baja tolerancia a la frustración o bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a un comportamiento violento.
- e) Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo.
- f) Marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo.

Puede presentarse también irritabilidad persistente. 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.

Trastorno de personalidad amoral.

Trastorno de personalidad asocial.

Trastorno de personalidad antisocial.

Trastorno de personalidad psicopática.

Excluye:

Trastornos disociales (F91.-).

Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F60.3).

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

Trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira

conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.

#### F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo

Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.

Incluye:

Personalidad explosiva y agresiva.

Trastorno explosivo y agresivo de la personalidad.

Excluye:

Trastorno disocial de la personalidad (F60.2).

#### F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite

Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos autoagresivos (aunque éstos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).

Incluye:

Personalidad “borderline”.

Trastorno “borderline” de la personalidad.

#### F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a) Tendencia a la representación de un papel, teatralidad y expresión exagerada de las emociones.
- b) Sugestibilidad y facilidad para dejarse influir por los demás.
- c) Afectividad lábil y superficial.
- d) Búsqueda imperiosa de emociones y desarrollo de actividades en las que ser el centro de atención.
- e) Comportamiento y aspecto marcados por un deseo inapropiado de seducir.
- f) Preocupación excesiva por el aspecto físico.

Pueden presentarse además: egocentrismo, indulgencia para sí mismo, anhelo de ser apreciado, sentimientos de ser fácilmente heridos y conducta manipulativa constante para satisfacer las propias necesidades.

Incluye:

Personalidad psicoinfantil e histérica.

Trastorno psicoinfantil e histérico de la personalidad.

#### F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a) Falta de decisión, dudas y precauciones excesivas, que reflejan una profunda inseguridad personal.
- b) Preocupación excesiva por detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios.
- c) Perfeccionismo, que interfiere con la actividad práctica.
- d) Rectitud y escrupulosidad excesivas junto con preocupación injustificada por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y a relaciones personales.
- e) Pedantería y convencionalismo con una capacidad limitada para expresar emociones.
- f) Rigidez y obstinación.
- g) Insistencia poco razonable en que los demás se sometan a la propia rutina y resistencia también poco razonable a dejar a los demás hacer lo que tienen que hacer.
- h) La irrupción no deseada e insistente de pensamientos o impulsos.

Incluye:

Personalidad compulsiva.

Personalidad obsesiva.

Trastorno compulsivo de la personalidad.

Trastorno obsesivo de la personalidad.

Excluye:

Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

F60.6 Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a) Sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor.
- b) Preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal o por ser inferior a los demás.
- c) Preocupación excesiva por ser criticado o rechazado en sociedad.
- d) Resistencia a entablar relaciones personales si no es con la seguridad de ser aceptado.
- e) Restricción del estilo de vida debido a la necesidad de tener una seguridad física.
- f) Evitación de actividades sociales o laborales que impliquen contactos personales íntimos, por el miedo a la crítica, reprobación o rechazo.

Puede presentarse también una hipersensibilidad al rechazo y a la crítica.

F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a) Fomentar o permitir que otras personas asuman responsabilidades importantes de la propia vida.
- b) Subordinación de las necesidades propias a las de aquellos de los que se depende; sumisión excesiva a sus deseos.
- c) Resistencia a hacer peticiones, incluso las más razonables, a las personas de las que se depende.
- d) Sentimientos de malestar o abandono al encontrarse solo, debido a miedos exagerados a ser capaz de cuidar de sí mismo.
- e) Temor a ser abandonado por una persona con la que se tiene una relación estrecha y temor a ser dejado a su propio cuidado.
- f) Capacidad limitada para tomar decisiones cotidianas sin el consejo o seguridad de los demás.

Puede presentarse además la percepción de sí mismo como inútil, incompetente y falto de resistencia.

Incluye:

Personalidad asténica.

Personalidad inadecuada.

Personalidad pasiva.

Personalidad derrotista.

Trastorno asténico de la personalidad.

Trastorno inadecuado de la personalidad.

Trastorno pasivo de la personalidad.

Trastorno derrotista asténico de la personalidad.

F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad

Se incluyen aquí los trastornos de la personalidad que no satisfacen ninguna de las pautas de los tipos específicos (F60.0-F60.7).

Incluye:

Personalidad narcisista.

Personalidad excéntrica.

Personalidad inestable.

Personalidad inmadura.

Personalidad pasivo-agresiva.

Personalidad psiconeurótica.

Trastorno narcisista de la personalidad.

Trastorno excéntrico de la personalidad.

Trastorno inestable de la personalidad.

Trastorno inmaduro de la personalidad.

Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad.

Trastorno psiconeurótico de la personalidad.

F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación

Incluye:

Neurosis de carácter.

Personalidad patológica.

F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.

F1x.0 Intoxicación aguda

Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

Pautas para el diagnóstico

La intoxicación aguda suele estar en relación con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tenida en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo, las sustancias psicotropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperreactividad o las sustancias psicotropas estimulantes, dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas sustancias como el cánnabis y los alucinógenos son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas sustancias psicotropas pueden producir efectos de diferentes tipos en función de la dosis. Por ejemplo, el alcohol que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación.

Incluye:

Embriaguez aguda en alcoholismo.

“Mal viaje” (debido a drogas alucinógenas).

Embriaguez sin especificación.

Puede recurrirse al quinto carácter siguiente para indicar si la intoxicación aguda tiene alguna complicación.

F1x.00 No complicada (los síntomas varían de intensidad, pero suelen estar en relación con la dosis, en especial a los niveles mas altos).

F1x.01 Con traumatismo o lesión corporal.

F1 x.02 Con otra complicación médica (por ejemplo, hematemesis, aspiración de vómitos, etc.).

Con delirium.

Con distorsiones de la percepción.

Con coma.

Con convulsiones.

Intoxicación patológica (se aplica sólo al alcohol): consiste en la aparición brusca de un comportamiento agresivo o violento, no característico de individuos en estado sobrio, después de ingerir una cantidad de alcohol que no produciría intoxicación en la mayoría de las personas.

F1x.1 Consumo perjudicial

Forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotropas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia.

Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial.

#### F1x.2 Síndrome de dependencia

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto.

La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

#### Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.

El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias).

Incluye:

Alcoholismo crónico.

Dipsomanía.

Adición a fármacos.

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 (hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).

F1x.22 En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado (por ejemplo, con metadona, con chicles o parches de nicotina) (dependencia controlada).

F1x.23 En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (por ejemplo, disulfiram o naltrexona).

F1x.24 Con consumo actual de la sustancia (dependencia activa).

F1 x.25 Con consumo continuo.

F1x.26 Con consumo episódico (dipsomanía).

F1 x.3 Síndrome de abstinencia

Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

Pautas para el diagnóstico

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia (véase F1 x.2), por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.

Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.

Los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia sólo se hará si lo requiere su gravedad.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia puede concretarse más con un quinto carácter:

F1x.30 No complicado.

F1x.31 Con convulsiones.

F1x.4 Síndrome de abstinencia con delirium

Trastorno en el que un síndrome de abstinencia (ver F1 x.3) se complica con un delirium (ver las pautas de F05.-).

Los síntomas prodrómicos típicos son insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo está precedido por convulsiones de abstinencia. La tríada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia y estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.

Excluye:

Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas (F05.-).

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

F1x.40 Sin convulsiones.

F1x.41 Con convulsiones.

F1x.5 Trastorno psicótico

Trastorno que normalmente se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de

referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses.

Pautas para el diagnóstico

Trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de él (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean una manifestación de un síndrome de abstinencia con delirium (ver F1 x.4) o de comienzo tardío. Los trastornos psicóticos de comienzo tardío (comienzo después de dos semanas de consumo de la sustancia) pueden aparecer, pero deben codificarse como F1 x.7.

Los síntomas son variados, ya que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor.

En el caso de las sustancias estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, estos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras consumos prolongados o a dosis altas de la sustancia.

Incluye:

Alucinosis alcohólica.

Celotipia alcohólica.

Paranoia alcohólica.

Psicosis alcohólica sin especificación.

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

F1x.50 Esquizofreniforme.

F1x.51 Con predominio de las 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.6 Síndrome amnésico

Síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que está conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos. También suelen estar presentes un trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. Puede ser marcada la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognoscitivas suele estar relativamente bien conservadas.

Pautas para el diagnóstico

a) Trastorno de memoria para hechos recientes (aprendizaje de material nuevo), trastorno del sentido del tiempo (alteración de la capacidad para ordenar cronológicamente los acontecimientos del pasado, aglutinación de acontecimientos repetidos en uno solo, etc.).

b) Ausencia de alteración de la evocación de recuerdos inmediatos, menor alteración de la conciencia y en general de las funciones cognoscitivas.

c) Antecedentes o la presencia objetiva de consumo crónico (y a dosis particularmente altas) de alcohol u otras sustancias psicotropas.

Incluye:

Psicosis de Korsakov inducida por alcohol u otras sustancias psicotropas.

Síndrome de Korsakov inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

F1x.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicotropas

Estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento debidos al consumo de alcohol u otras sustancias psicotropas, persisten más allá del tiempo de actuación de la sustancia.

Pautas para el diagnóstico

La presencia de este trastorno debe estar directamente relacionada con el consumo de alcohol u otra sustancia psicotropa. Los casos cuyo comienzo tiene lugar con posterioridad a un episodio de consumo de sustancias sólo deben ser diagnosticados de trastorno psicótico residual inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas, si hay una evidencia clara y sólida para atribuir al trastorno psicótico residual al efecto de la sustancia. Un trastorno psicótico residual implica un cambio o una exageración marcada de las formas de comportamiento previas y normales.

El trastorno psicótico residual debe persistir más allá del período en el cual puede asumirse razonablemente la presencia de los efectos directos de una sustancia en particular (véase F1x.0, intoxicación aguda). La demencia secundaria al consumo de alcohol u otras sustancias psicotropas no es siempre irreversible, y así las funciones intelectuales y mnésicas pueden mejorar tras un período de abstinencia total.

El diagnóstico de trastorno psicótico residual inducido por sustancias psicotropas puede subdividirse utilizando cinco caracteres:

F1x.70 Con reviviscencias (“flashbacks”), que pueden distinguirse de los trastornos psicóticos en parte por su naturaleza episódica, y porque frecuentemente son de muy corta duración (segundos o minutos) o por los síntomas de reduplicación (a veces exacta) de experiencias anteriores relacionadas con sustancias psicotropas.

F1x.71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento, cuando satisfagan las pautas de trastorno orgánico de la personalidad (F07.0).

F1x.72 Trastorno afectivo residual, cuando satisfagan las pautas de trastorno del humor (afectivo) orgánico (F06.30).

F1x.73 Demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicotropas, de acuerdo con las pautas generales para demencias descritas en la introducción de la sección F00-F09.

F1x.74 Otro deterioro cognoscitivo persistente. Se trata de una categoría residual para los trastornos en los que persiste un deterioro cognitivo pero que no satisface las pautas de síndrome amnésico (F1x.6) o demencia (F1x.73) inducidos por alcohol u otras sustancias psicotropas.

F1x.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas

F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento

Trastornos en los cuales el consumo de una sustancia puede identificarse como responsable directo del cuadro clínico que contribuye a dicha situación, pero en los que no encuentran pautas suficientes para poder ser incluido en ninguno de los trastornos precedentes.

F1x.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación

F70-79 Retraso mental

El retraso mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. El retraso mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental. De hecho, los afectados de un retraso mental pueden padecer todo el espectro de trastornos mentales y su prevalencia es al menos tres o cuatro veces mayor en esta población que en la población general. Además de esto, los individuos con retraso mental tienen un mayor riesgo de sufrir explotación o abusos físicos y sexuales. La adaptación al ambiente está siempre afectada, pero en un entorno social protegido, con el adecuado apoyo, puede no ser significativa en enfermos con un retraso mental leve. Puede recurrirse a un cuarto carácter para especificar el deterioro comportamental presente, siempre que no sea debido a un trastorno concomitante:

F7x.0 Sin deterioro del comportamiento o con deterioro mínimo

F7x.1 Con deterioro del comportamiento importante que requiere atención o tratamiento

F7x.8 Con otro deterioro del comportamiento

F7x.9 Sin alusión al deterioro del comportamiento

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico definitivo deben estar presentes un deterioro del rendimiento



intelectual, que da lugar a una disminución de la capacidad de adaptarse a las exigencias cotidianas del entorno social normal. Los trastornos somáticos o mentales asociados tienen una gran repercusión en el cuadro clínico y en el rendimiento. La categoría diagnóstica elegida debe, por tanto, basarse en la evaluación de la capacidad global, al margen de cualquier déficit de un área o de una capacidad concretas. A continuación, y a modo de una guía que no debe ser aplicada de una manera rígida debido a los problemas de la validez transcultural, se mencionan los cocientes intelectuales

(CI) correspondientes a cada categoría. Estas son divisiones arbitrarias de un espectro complejo y no pueden ser definidas con absoluta precisión. El CI debe determinarse mediante la aplicación individual de tests de inteligencia estandarizados y adaptados a la cultura del enfermo. Los tests adecuados deben seleccionarse de acuerdo con el nivel de funcionamiento individual y las invalideces concretas adicionales, por ejemplo, por tener en cuenta posibles problemas de la expresión del lenguaje, sordera y otros defectos físicos. Las escalas de madurez social y de adaptación aportan una información suplementaria siempre y cuando estén adaptados a la cultura del enfermo y pueden completarse con entrevistas a los padres o a las personas que cuidan a estos enfermos y que conocen la capacidad del enfermo para la actividad cotidiana.

#### F70 Retraso mental leve

Los individuos afectados de retraso mental leve adquieren tarde el lenguaje, pero la mayoría alcanzan la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana, de mantener una conversación y de ser abordados en una entrevista clínica. La mayoría de los afectados llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse, controlar los esfínteres), para actividades prácticas y para las propias de la vida doméstica, aunque el desarrollo tenga lugar de un modo considerablemente más lento de lo normal. Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares y muchos tienen problemas específicos en lectura y escritura. Sin embargo, las personas ligeramente retrasadas pueden beneficiarse de una educación diseñada de un modo específico para el desarrollo de los componentes de su inteligencia y para la compensación de sus déficits. La mayoría de los que se encuentran en los límites superiores del retraso mental leve pueden desempeñar trabajos que requieren aptitudes de tipo práctico, más que académicas, entre ellas los trabajos manuales semicualificados. En un contexto sociocultural en el que se ponga poco énfasis en los logros académicos, cierto grado de retraso leve puede no representar un problema en sí mismo. Sin embargo, si existe también una falta de madurez emocional o social notables, pueden presentarse consecuencias del déficit, por ejemplo, para hacer frente a las demandas del matrimonio o la educación de los hijos o dificultades para integrarse en las costumbres y expectativas de la propia cultura.

En general, las dificultades emocionales, sociales y del comportamiento de los enfermos con retraso mental leve, así como las necesidades terapéuticas y de soporte derivadas de ellos, están más próximas a las que necesitan las personas de inteligencia normal que a los problemas específicos propios de los enfermos con retraso mental moderado o grave.

#### Pautas para el diagnóstico

Si se utilizan tests de CI estandarizados de un modo adecuado el rango 50 al 69 corresponde a un retraso mental leve. La comprensión y el uso del lenguaje tienden a tener un retraso de grado diverso y se presentan problemas en la expresión del lenguaje que interfieren con la posibilidad de lograr una independencia, y que puedan persistir en la vida adulta. Sólo en una minoría de los adultos afectados puede reconocerse una etiología orgánica. En un número variable de los afectados pueden presentarse además otros trastornos tales como autismo, otros trastornos del desarrollo, epilepsia, trastorno disocial o discapacidades somáticas.

Incluye:

Debilidad mental.

Subnormalidad mental leve.

Oligofrenia leve.

Morón.

INSTRUCTIVO PARA LA APLICACION DE LA HISTORIA CLINICA DE SALUD MENTAL  
PARA EL PROGRAMA INTERMINISTERIAL

HISTORIA CLINICA  
ENCUESTA: INVESTIGACION - ACCION - EPIDEMIOLOGICA  
PERFIL DE LA DEMANDA ESPONTANEA Y/O INTERCONSULTAS EN SALUD MENTAL

La Historia Clínica de Salud Mental para aplicar en el Programa es, además de una historia clínica en sí misma, un instrumento de recolección de datos de Investigación Acción Epidemiológica del Perfil de la Demanda en Salud Mental, para el Programa Interministerial.

Es por ello que Ud. Debe leer atentamente el presente instructivo

REFERENCIAS

- No utilizar los casilleros porque son para uso exclusivo del operador de datos.



- En caso de ítems con opciones de respuesta cerradas circular el código.

EJEMPLO:

P.3 Localidad \_\_\_\_\_

P.4 Provincia de residencia			
Ciudad de Buenos Aires	02	Mendoza	50
Buenos Aires	06	Misiones	54
Catamarca	10	Neuquén	58
Córdoba	(14)	Río Negro	62
Corrientes	18	Salta	66

REFERENCIAS DE PREGUNTAS ESPECIFICAS

El ítem P. 2 referido a diagnóstico presuntivo debe llenarse con los criterios de clasificación del CIE-10.

En el ítem P. 5 referido a zona urbana y rural es importante recordar la clasificación que marca el INDEC en relación a población urbana y rural:

- Población urbana: "población en localidades de 2.000 o más habitantes".  
Fuente: Situación y Evolución Social (Síntesis N° 4); INDEC.

- Población rural: "población en localidades de menos de 2.000 habitantes"  
Fuente: Situación y Evolución Social (Síntesis N° 4); INDEC.

Los ítems P8.1, P8.2 y P10 hacen referencia a Migración interna: "el proceso de pasar de una a otra subdivisión administrativa de un país para adoptar residencia en ella". Fuente: Guía rápida de población. Population Reference Bureau. INDEC. En esta Historia Clínica se registrará a aquellas personas que hayan trasladado su residencia de una provincia a otra.

En el ítem P.17 Situación Laboral, la categoría de trabajador familiar hace referencia a aquellas personas que realicen frecuentemente tareas de ayuda en la actividad de un familiar, sean éstas tareas remuneradas o no (no incluye las actividades domésticas).

El ítem P.24 es un ITEM MULTIPLE, es decir que se puede circular más de una opción.

En el ítem P.30 se clasifican las diferentes vías de consumo:

- Oral: vía oral-digestiva
- Aspiración: vía oral-respiratoria
- Inhalación: vía nasal
- Inyección: vía intramuscular o endovenosa

IMPORTANTE RECORDAR



P. 8.2 Fecha de Migración ____/____/____	Otro Especificar	97
P. 10 Provincia de procedencia		
Ciudad de Buenos Aires	2	Mendoza 50
Buenos Aires	6	Misiones 54
Catamarca	10	Neuquén 58
Córdoba	14	Río Negro 62
Corrientes	18	Salta 66
Chaco	22	San Juan 70
Chubut	26	San Luis 74
Entre Ríos	30	Santa Cruz 78
Formosa	34	Santa Fe 82
Jujuy	38	Santiago del Estero 86
La Pampa	42	Tucumán 90
La Rioja	46	Tierra del Fuego 94

**CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA**  
(Si correspondiera)

Características de la vivienda			
P. 11 Material de los pisos		P. 12 El techo tiene revestimiento o cielorraso	
cerámica/baldosa/mosaico/mármol/madera o alfombrado	1	Si	1
cemento o ladrillo fijo	2	No	2
tierra o ladrillo suelto	3		
Otro	97		

**DATOS FILIATORIOS**

P. 13 Estado Civil		P. 14 Cantidad de hijos
unido/a	1	1
casado/a	2	2
separado/a	3	3
divorciado/a	4	4
viudo/a	5	5
soltero/a	6	6 y más

• Hijos

Nacionalidad	Edad	Sexo		Estado Civil	Domicilio	Teléfono
1		F	M			
2		F	M			
3		F	M			
4		F	M			
5		F	M			

• Grupo Conviviente

Nombre	Edad	Parentesco
1		
2		
3		
4		
5		

**TRABAJO**

P. 15 Trabaja actualmente (al menos 1 hora la última semana)	Tipo de ocupación	P. 16 Cantidad de horas por semana	P. 17 Situación Laboral: Modalidad de contratación



ADICCIONES

• Consumo de Sustancias

Tipo de Sustancia Psicoactiva	P. 27 Marcar Para Cada Tipo		P. 28 Días por Semana	P. 29 Días por Mes
	1.....SI	2.....NO		
A. MARIHUANA	1.....SI	2.....NO		
B. COCAINA	1.....SI	2.....NO		
C. PACO - PASTA BASE	1.....SI	2.....NO		
D. EXTASIS	1.....SI	2.....NO		
E. TRANQUILIZANTES - SEDANTES	1.....SI	2.....NO		
F. ALCOHOL	1.....SI	2.....NO		
G. OTROS (ESPECIFICAR)..... ..... .....				

• Vías de Consumo

Sustancias psicoactivas	P. 30 Vías de consumo				
	Oral (1)	Aspiración (2)	Inhalación (3)	Inyección (4)	Otros (97)
A. MARIHUANA					
B. COCAINA					
C. PACO - PASTA BASE					
D. EXTASIS					
E. TRANQUILIZANTES - SEDANTES					
F. ALCOHOL					
G. OTROS (ESPECIFICAR)..... ..... .....					
RESUMEN  (no utilizar, espacio reservado para el operador de datos)					

• Ritual de Consumo

Sustancias psicoactivas	P. 31 Ritual de consumo			
	Individual (1)	Grupal (2)	Familiar (3)	Otros (97)
A. MARIHUANA				
B. COCAINA				
C. PACO - PASTA BASE				
D. EXTASIS				
E. TRANQUILIZANTES - SEDANTES				
F. ALCOHOL				
G. OTROS (ESPECIFICAR)..... ..... .....				
RESUMEN  (no utilizar, espacio reservado para el operador de datos)				

• Iniciación a Través de

Sustancias	P. 32 Iniciación

