DR. JUAN MOISÉS DE LA SERNA

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES BASICAS DEL PSICOLOGO CLINICO-SANITARIO

TEKTIME

Descubre cómo empezar en el ámbito de la Salud Mental

Juan Moisés De La Serna

Entrenamiento En Habilidades Básicas Del Psicólogo Clínico-Sanitario

«Tektime S.r.l.s.»

Serna J.

Entrenamiento En Habilidades Básicas Del Psicólogo Clínico-Sanitario / J. Serna — «Tektime S.r.l.s.»,

© Serna J.
© Tektime S.r.l.s.

Содержание

Prefacio 6
Ã#ndice 7
Agradecimientos 8
Aviso Legal 9
CapÃtulo 1. Bases del manejo de los manuales de diagnÃ³stico D.S.M.-V y C.I.E.-10 10
Конец ознакомительного фрагмента. 16

Entrenamiento en habilidades bÃ¡sicas del psicÃ³logo clÃnico-sanitario
Descubre cÃ³mo empezar en el Ã¡mbito de la Salud Mental
Dr. Juan MoisÃ©s de la Serna
www.juanmoisesdelaserna.es
Copyright Â© 2018

Prefacio

En este libro se abordan los aspectos bÃ¡sicos que debe conocer un profesional que quiera adentrarse en el Ã¡mbito de la salud mental, especialmente desde la PsicologÃa ClÃnica.

Un libro introductorio para el ejercicio profesional que muestra la bases en las que se sustenta el diagnÃ³stico e intervenciÃ³n en una de las especialidades mÃ¡s demandadas de psicologÃa.

Sin duda una ayuda para aquellos que se inician o que sienten curiosidad sobre la forma de trabajo en la prÃ¡ctica clÃnica.

Ã#ndice

Prefacio ii
CapÃtulo 1. Bases del manejo de los manuales de diagnÃ³stico D.S.M.-V y C.I.E.-10 vii
CapÃtulo 2. El paciente en consulta, manejo de la entrevista clÃnica xxvi
CapÃtulo 3. SelecciÃ³n, administraciÃ³n y correcciÃ³n de test y escalas estandarizadas. xlviii
CapÃtulo 4. El diagnÃ³stico diferencial en la PsicologÃa ClÃnica lxvii
Conclusiones xci
Sobre Juan MoisÃ©s de la Serna xcii

Dedicado a mis padres

Agradecimientos

Aprovechar desde aquÃ para agradecer a todas las personas que han colaborado con sus aportaciones en la realizaciÃ³n de este texto, especialmente al Dr. David Lavilla MuÃ±oz, Profesor Titular de ComunicaciÃ³n Digital y Nuevas Tendencias de la Universidad Europea y a DÂª Daniela Galindo BermÃºdez, Presidente de Hablando con Julis: la soluciÃ³n para la comunicaciÃ³n y el aprendizaje de personas con discapacidad.

Aviso Legal

No se permite la reproducciÃ³n total o parcial de este libro, ni su incorporaciÃ³n a un sistema informÃ¡tico, ni su transmisiÃ³n en cualquier forma o por cualquier medio, sea Ã©ste electrÃ³nico, mecÃ¡nico, por fotocopia, por grabaciÃ³n u otros medios, sin el permiso previo y por escrito del titular del copyright. La infracciÃ³n de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del CÃ³digo Penal).

DirÃjase a C.E.D.R.O. (Centro EspaÃ±ol de Derechos ReprogrÃ¡ficos) si necesita fotocopiar o escanear algÃºn fragmento de esta obra. Puede contactar con C.E.D.R.O. a travÃ©s de la web www.conlicencia.com o por el telÃ©fono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

Â© Juan MoisÃ©s de la Serna, 2018

CapÃtulo 1. Bases del manejo de los manuales de diagnÃ³stico D.S.M.-V y C.I.E.-10

Si bien ya habÃamos empezado a ver en el tema anterior sobre quÃ© eran los manuales de diagnÃ³stico clÃnico mÃ¡s empleados, en este apartado se abordarÃ¡ sobre su estructura y forma de funcionamiento, para lo cual analizaremos cada uno de forma individualizada, sabiendo que va a ser el manual de referencia obligatoria para poder establecer un diagnÃ³stico al respecto.

Antes de empezar, resaltar las bondades de emplear un manual estandarizado, si bien cada profesional podrÃa llevar su propio â##sistemaâ## de clasificaciÃ³n, cuando un paciente es transferido a otro profesional, o en el caso en que se tenga que hospitalizar por un cuadro agudo, es imprescindible que exista un consenso sobre su historial clÃnico.

Los sÃntomas que puede padecer una persona pueden ser crÃ³nicos o agudos, los primeros hacen referencia a un padecimiento mÃ¡s a largo plazo, normalmente con una baja o media intensidad y que suelen requerir tambiÃ©n de una menor intervenciÃ³n de tipo psicofarmacolÃ³gica.

En cambio, cuando se habla de casos agudos, son momentos puntuales de mucha sintomatologÃa a la vez y normalmente muy intensa, tal es el caso de un brote psicÃ³tico, o del Delirium tremens.

El primero denominado Trastornos psicÃ³ticos agudos y transitorios hace referencia (F23) segÃºn el C.I.E.-10:

â##Grupo heterogÃ©neo de trastornos caracterizados por el inicio agudo de sÃntomas psicÃ³ticos tales como ideas delirantes, alucinaciones y alteraciones en la percepciÃ³n, y por la grave perturbaciÃ³n del comportamiento ordinario. El inicio agudo se define como un desarrollo in crescendo de un cuadro clÃnico claramente anormal en unas dos semanas o menos. Para estos trastornos no hay pruebas de una causa orgÃ¡nica. A menudo hay perplejidad y desconcierto, pero la desorientaciÃ³n en tiempo, lugar y persona no son lo suficientemente persistentes o graves para justificar un diagnÃ³stico de delÃrium de causa orgÃ¡nica (F05.-). Habitualmente se produce una recuperaciÃ³n completa en pocos meses, a menudo en pocas semanas e incluso dÃas. Si el trastorno persiste hay que cambiar el diagnÃ³stico. El trastorno puede o no asociarse con estrÃ©s agudo, que se define como la presencia de acontecimientos estresantes habituales que preceden una o dos semanas al inicio del cuadro.

G1. Inicio agudo de ideas delirantes, alucinaciones, discurso incomprensible o incoherente, o de cualquier combinaciÃ³n de Ã©stos. El intervalo de tiempo entre la manifestaciÃ³n de algÃºn sÃntoma psicÃ³tico y la presentaciÃ³n del trastorno, completamente desarrollado, no debe exceder las dos semanas.

G2. Si se presentan estados transitorios de perplejidad, falso reconocimiento o dÃ©ficit de atenciÃ³n o concentraciÃ³n, dichos estados no cumplen criterios de cuadro confusional de causa orgÃ¡nica, tal como se especifica en F05.-, criterio A.

G3. El trastorno no cumple criterios de episodio manÃaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-), o trastorno depresivo recurrente (F33.-).

G4. No hay pruebas suficientes de consumo reciente de sustancias psicoactivas para satisfacer los criterios de intoxicaciÃ³n (Flx.O), consumo perjudicial (Flx.l), sÃndrome de dependencia (FIx.2) o sÃndromes de abstinencia (Flx.3 y Flx.4). El consumo continuado de alcoholo drogas en cantidades moderadas y constantes, o con la frecuencia a la que el sujeto estÃ¡ acostumbrado, no descarta necesariamente el uso de F23. Esto debe decidirse en funciÃ³n del juicio clÃnico y de los requisitos del proyecto de investigaciÃ³n en cuestiÃ³n.

G5. Criterio de exclusiÃ³n usado con mÃ¡s frecuencia. Ausencia de un trastorno mental orgÃ¡nico (FOO-F09) o de una alteraciÃ³n metabÃ³lica grave que afecte al sistema nervioso central (no se incluye el parto).

Debe utilizarse un quinto carÃ¡cter para especificar si el inicio agudo del trastorno se asocia con estrÃ©s agudo (que se produce dos o menos semanas antes de que haya pruebas de los primeros sÃntomas psicÃ³ticos):

F23.xO Sin estrÃ©s agudo asociado.

F23.xl Con estrÃ©s agudo asociado.

Con fines de investigaciÃ³n se recomienda que el cambio del trastorno de un estado no psicÃ³tico al de claramente psicÃ³tico se especifique mÃ¡s como sÃºbito (inicio en 48 horas) o agudo (inicio en mÃ¡s de 48 horas, pero en menos de dos semanasâ##

Con respecto al Delirium tremens, este puede producirse por el consumo de sustancias como los barbitÃºricos o como parte del proceso de la abstinencia cuando se trata de abandonar la adicciÃ³n al consumo del alcohol. Al respecto, y segÃºn el C.I.E.-10:

FlO.) SÃndrome de abstinencia al alcohol

A. Deben cumplirse los criterios generales del sÃndrome de abstinencia (Flx.3).

B. Tres de los siguientes signos deben estar presentes:

1. Temblor de la lengua, pÃ¡rpados o de las manos extendidas.
2. SudoraciÃ³n.
3. NÃ¡useas, arcadas o vÃ³mitos.
4. Taquicardia o hipertensiÃ³n.
5. AgitaciÃ³n psicomotriz.
6. Cefalea.
7. Insomnio.
8. Malestar o debilidad.
9. Ilusiones o alucinaciones transitorias visuales, tÃ¡ctiles o auditivas.
10. Convulsiones de gran mal.

Nota diagnÃ³stica

Si existe delÃrium, el diagnÃ³stico serÃ¡ sÃndrome de abstinencia al alcohol con delÃrium (delÃrium tremens) (FlOA).â##

Complementando con el anterior hay una categorÃa especÃfica para cuando aparece el delirium en el proceso de abstinencia:

F1x.4 SÃndrome de abstinencia con delirium

â##CondiciÃ³n donde el sÃndrome de abstinencia, definido con el cuarto carÃ¡cter comÃºn .3, se complica con un delÃrium, como estÃ¡ definido en F05. TambiÃ©n pueden producirse convulsiones. Esta condiciÃ³n debe clasificarse en F05.S cuando se considere que factores orgÃ¡nicos tambiÃ©n pueden estar jugando un papel en la etiologÃa.

DelÃrium tremens (inducido por alcohol)â##.

Precisamente este delirium que no se presenta en todos los alcohÃ³licos, va a ser uno de los principales acicates a la hora de dejar esta adicciÃ³n, aunque en este proceso existe muchos factores mÃ¡s que facilitan la no recuperaciÃ³n y la recaÃca en la adicciÃ³n.

Tal y como se estÃ¡ seÃ±alando, uno de los grandes problemas de las adicciones son las recaÃdas, es decir, volver a la consumir alcohol, en el caso de la adicciÃ³n a la bebida.

De hecho, en los programas de desintoxicaciÃ³n de AlcohÃ³licos AnÃ³nimos se celebran los aÃ±os que la persona lleva sin beber, como algo excepcional.

El primer aÃ±o sobrio, el segundoâ#¦ sabiendo que, en cualquier momento, puede recaer, aun habiendo pasado aÃ±os sin probar el alcohol.

Estudios anteriores afirman que algunos factores de la personalidad pueden ayudar a mantener sin caer en el alcohol durante mucho tiempo, Â¿Pero quÃ© factores de personalidad sirven para evitar la recaÃda?

En Ã©ste estudio recientemente publicado en la revista Psychology, por la Universidad de Montpellier y San Etienne se analizaron dos caracterÃsticas de personalidad la estabilidad emocional y la capacidad de tener relaciones estables, siguiendo la bibliografÃa existente que afirmaba que eran precisamente estos dos factores de la personalidad los que se ha comprobado que eran mejor predictores de la ausencia de recaÃdas en el alcoholismo a lo largo del tiempo.

En el estudio participaron 144 personas que habÃan sido tratadas de su adicciÃ³n al alcohol, 51 de ellas llevaban como media 2 aÃ±os sin probar el alcohol y el segundo grupo con 93 participantes acababan de desintoxicarse del alcohol.

A todos se les administrÃ³ un exhaustivo cuestionario de personalidad para comprobar si existÃan diferenciase entre ambos grupos, sabiendo que la Ãºnica explicaciÃ³n de las mismas serÃa el haber tenido o no recientemente una experiencia con el alcohol.

Los datos muestran significativos cambios entre los dos grupos, en neuroticismo, cordialidad y concienciaciÃ³n.

Los que acababan de dejar el alcohol mostraban significativa niveles mÃ¡s altos de neuroticismo, relacionados con una mayor inestabilidad emocional, con falta de control de los impulsos, con estrÃ©s e ideas irracionales.

Los miembros del grupo que llevaban mÃ¡s tiempo sin beber mostraban mÃ¡s cordialidad, esto es, tenÃan una mayor tendencia al altruismo, estando dispuesto a ayudar a otros, aspecto necesario para interactuar positivamente con los demÃ¡s y ayuda a la establecer relaciones sociales duraderas.

Con respecto a la concienciaciÃ³n, presente en mayor medida en las personas que llevan mÃ¡s tiempo sin probar el alcohol, estÃ¡ correlacionado con mayores niveles de autoestima, con cuidado sobre su imagen personal, actuando desinteresadamente por los demÃ¡s, lo que va a facilitar establecer relaciones duraderas.

Estos tres aspectos de la personalidad diferenciados entre los que acaban de dejar el alcohol frente a los que llevan dos aÃ±os explicarÃan las diferencias ambas medidas, siendo el grupo de los abstemios de larga duraciÃ³n los que mostraban mayor estabilidad emocional y relaciones sociales estables.

Aunque como indica el estudio, unos pocos factores no van a determinar un cambio de personalidad total, si lo hace en los elementos implicados en facilitar la estabilidad emocional y las relaciones sociales duraderas, que con anterioridad se ha mostrado que son buenos predictores de la abstinencia a largo plazo, es decir, estos cambios pequeÃ±os en algunos factores de la personalidad facilitan que no se produzcan recaÃdas en el caso de la adicciÃ³n al alcohol.

Lo que el estudio no comenta, es si ese factor de protector contra recaÃdas de personas que han sido adictas al alcohol, sirve para distinguir entre la poblaciÃ³n en riesgo de ser adicto o no, esto es, si es posible saber fijÃ¡ndonos en estos factores de personalidad si la persona puede ser adicta al alcohol mucho antes de que empiece a beber. Esto serÃa importante a la hora de poder establecer planes de prevenciÃ³n casi personalizados para la poblaciÃ³n mÃ¡s sensible por sus rasgos de personalidad, a sucumbir ante Ã©ste tipo de adicciÃ³n.

Bien, volviendo al caso de este apartado, vamos a ver la estructura del C.I.E.-10 para familiarizarnos con este manual de diagnÃ³stico:

Lo primero que hay que decir al respecto es que fue editado por la OrganizaciÃ³n Mundial de la Salud (O.M.S.) y que su Ãºltima versiÃ³n es de 1992.

EstÃ¡ dividido en 22 tÃtulos, que abarcan toda la â##problemÃ¡ticaâ## de salud que se puede presentar en cualquier momento de la vida, alguna de las cuales estÃ¡ separado por sistemas afectados (Grupo XI. Enfermedades del sistema circulatorio; Grupo X. Enfermedades del sistema respiratorio).

Con respecto a la PsicologÃa ClÃnica el apartado correspondiente es el del cÃ³digo V. Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99).

En este apartado se subdivide en funciÃ³n de la problemÃ¡tica que atiende:

- F00-F09. Trastornos mentales orgÃ¡nicos, incluidos los trastornos sintomÃ¡ticos
- F10-F19. Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrÃ³picos
- F20-29. Esquizofrenia, trastornos esquizotÃpicos y trastornos delirantes
- F30-39. Trastornos del humor (afectivos)
- F40-49. Trastornos neurÃ³ticos, trastornos relacionados con el estrÃ©s y trastornos somatomorfos
- F50-59. SÃndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiolÃ³gicas y factores fÃsicos
- F60-69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
- F70-79. Retraso mental
- F80-89. Trastornos del desarrollo psicolÃ³gico
- F90-F98. Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niÃ±ez o en la adolescencia
- F99. Trastornos mentales sin especificar

A su vez dentro de esta agrupaciÃ³n, se incluyen distintos trastornos, como por ejemplo, dentro de los (F40-49) Trastornos neurÃ³ticos, trastornos relacionados con el estrÃ©s y trastornos somatomorfos se puede distinguir:

- F40. Trastornos fÃ³bicos de ansiedad
- F41. Otros trastornos de ansiedad
- F42. Trastorno obsesivo-compulsivo
- F43. ReacciÃ³n al stress grave y trastornos de adaptaciÃ³n
- F44. Trastorno de conversiÃ³n disociativo
- F45. Trastorno somatomorfo
- F48. Otras neurosis

A su vez, dentro de cada trastorno, se suele subclasificar en otros en funciÃ³n de sus caracterÃsticas, asÃ e (F45) Trastornos somatomorfos:

La manifestaciÃ³n caracterÃstica de este grupo de trastornos es la presentaciÃ³n repetida de sÃntomas fÃsicos, junto a una solicitud insistente de investigaciones mÃ©dicas, a pesar de los hallazgos negativos y la reiterada confirmaciÃ³n por los mÃ©dicos de que esos sÃntomas no tienen base orgÃ¡nica. Si estÃ¡ presente cualquier enfermedad somÃ¡tica, Ã©sta no explica la naturaleza y extensiÃ³n de los sÃntomas, o el malestar y la preocupaciÃ³n del paciente.

A su vez los Trastornos somatomorfos (F45) se pueden subdividir en:

- F45.0 Trastorno de somatizaciÃ³n.
- F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado.
- F45.2 Trastorno hipocondrÃaco.
- F45.3 DisfunciÃ³n vegetativa somatomorfa.

.30 CorazÃ³n y sistema cardiovascular
.31 Tracto gastrointestinal alto
.32 Tracto gastrointestinal bajo
.33 Sistema respiratorio
.34 Sistema urogenital
.38 Otros Ã³rganos y sistemas.

- F45A Trastorno de dolor persistente somatomorfo.
- F45.8 Otros trastornos somatomorfos.
- F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificaciÃ³n.

Por Ãºltimo, de cada uno de estos subapartados se especifican los criterios de inclusiÃ³n y exclusiÃ³n, asÃ como la sintomatologÃa esperable, su duraciÃ³n o evoluciÃ³n para poder establecer de forma clara el diagnÃ³stico pertinente. AsÃ del Trastorno de somatizaciÃ³n (F45.0):

â##Los rasgos principales son sÃntomas fÃsicos mÃºltiples, recurrentes y frecuentemente cambiantes de al menos dos aÃ±os de duraciÃ³n. La mayorÃa de pacientes tienen una larga y complicada historia de contactos con servicios de salud de atenciÃ³n primaria y especializados, durante los cuales se han llevado a cabo mÃºltiples pruebas negativas y operaciones exploratorias infructuosas. Los sÃntomas pueden referirse a cualquier parte o sistema del cuerpo. El curso del trastorno es crÃ³nico y fluctuante, y a menudo se asocia con alteraciones en la vida social, familiar e interpersonal. Los cuadros con sÃntomas de corta duraciÃ³n (menos de dos aÃ±os) o poco llamativos deben clasificarse como trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1).

Trastorno psicosomÃ¡tico mÃºltiple.

Excluye: Enfermedad fingida (simuladores conscientes) (Z76.5).

A. Debe haber antecedentes de al menos dos aÃ±os de quejas de sÃntomas mÃºltiples y variables, que no pueden ser explicados por ningÃºn trastorno fÃsico detectable. (Cualquier trastorno fÃsico que se conozca coincidente no explicarÃa la gravedad, extensiÃ³n, variedad y persistencia de las quejas fÃsicas o la invalidez social.) Si estÃ¡n presentes algunos sÃntomas claramente debidos a una hiperactividad vegetativa, no son la principal caracterÃstica del trastorno, en el sentido de que no son particularmente persistentes y molestos.

B. La preocupaciÃ³n por los sÃntomas ocasiona un malestar persistente y conduce al paciente a la bÃºsqueda de reiteradas consultas (tres o mÃ¡s) y chequeos, tanto en los servicios de atenciÃ³n primaria como en los especializados. En ausencia de servicios mÃ©dicos, por motivos de accesibilidad o econÃ³micos, el paciente se automedica continuamente o realiza mÃºltiples consultas a curanderos locales o personal paramÃ©dico.

C. Hay un rechazo continuado a aceptar el reaseguramiento por los mÃ©dicos de que no existe una causa orgÃ¡nica que explique los sÃntomas somÃ¡ticos (La aceptaciÃ³n de tales aclaraciones durante un breve perÃodo, es decir, pocas semanas durante o inmediatamente despuÃ©s de los chequeos, no excluye este diagnÃ³stico).

D. Debe haber un total de seis o mÃ¡s sÃntomas de la siguiente lista, que se producen en al menos dos grupos diferentes:

SÃntomas gastrointestinales:

1. Dolor abdominal. 2. NÃ¡usea. 3. Sensaciones de plenitud abdominal o de meteorismo. 4. Mal sabor de boca o lengua saburral. 5. Quejas de vÃ³mitos o regurgitaciÃ³n de alimentos. 6. Quejas de trÃ¡nsito intestinal rÃ¡pido o diarreas mucosas o lÃquidas.

SÃntomas cardiovasculares: 7. Falta de aliento sin haber hecho esfuerzos. 8. Dolores torÃ¡cicos.

SÃntomas urogenitales: 9. Disuria o quejas de micciÃ³n frecuente. 10. Sensaciones desagradables en los genitales o alrededor de ellos. 11. Quejas de flujo vaginal excesivo o inusual.

SÃntomas cutÃ¡neos y de dolor 12. Quejas de manchas o decoloraciÃ³n de la piel. 13. Dolor en los miembros, extremidades o articulaciones. 14. Sensaciones desagradables de hormigueo o de quedarse dormido algÃºn miembro.

E. Criterio de exclusiÃ³n usado con mÃ¡s frecuencia. Los sÃntomas no se producen sÃ³lo durante algÃºn trastorno esquizofrÃ©nico o relacionado (F20-F29), algÃºn trastorno del humor (afectivo) (F30-F39), o un trastorno de pÃ¡nico (F41.0). â##

Con respecto al D.S.M., indicar que la Ãºltima versiÃ³n, la V publicada en el 2013 y es elaborado por la AsociaciÃ³n Estadounidense de PsiquiatrÃa. A diferencia del C.I.E.-10 que recoge otras patologÃas, el D.S.M. recoge exclusivamente la problemÃ¡tica relacionada con la salud mental.

En donde se emplea una clasificaciÃ³n similar, con indicaciÃ³n del tipo de trastorno, su definiciÃ³n, sÃntomas, prevalencia (nÃºmero de casos por cada mil), consecuencias, diagnÃ³stico diferencial, comorbilidad (presencia de otros trastornos a la vez), criterios de diagnÃ³stico.

Una informaciÃ³n mÃ¡s detallada y completa que la ofrecida por el C.I.E.-10, del cual algunos paÃses lo han actualizado creando su â##propiaâ## versiÃ³n.

Continuando con el ejemplo anterior con respecto al Trastorno de sÃntomas somÃ¡ticos 300.82 (F45.1)

â##A. Uno o mÃ¡s sÃntomas somÃ¡ticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.

B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los sÃntomas somÃ¡ticos asociados a la preocupaciÃ³n por la salud, como se pone de manifiesto por una o mÃ¡s de las caracterÃsticas siguientes:

1 Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios sÃntomas.

2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los sÃntomas.

3. Tiempo y energÃa excesivos consagrados a estos sÃntomas o a la preocupaciÃ³n por la salud.

C. Aunque algÃºn sÃntoma somÃ¡tico puede no estar continuamente presentÃ©, el estado sintomÃ¡tico es persistente (por lo general mÃ¡s de seis meses).â##

Una de las ventajas del D.S.M.-V es que trae un apartado de correspondencias donde se especifica quÃ© determinado trastorno se corresponde con el C.I.E.-10. AsÃ con respecto a los Trastornos de sÃntomas somÃ¡ticos y trastornos relacionados (309)

300.82 (F45.1) Trastorno de sÃntomas somÃ¡ticos (311)

300.7 (F45.21) Trastorno de ansiedad por enfermedad (315)

300.11 Trastorno de conversiÃ³n (trastorno de sÃntomas neurolÃ³gicos funcionales) (318) Especificar el tipo de sÃntoma:

(F44.4) Con debilidad o parÃ¡lisis

(F44.4) Con movimiento anÃ³malo

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.