

GUÍA DE BOLSILLO DE LA CLASIFICACIÓN CIE-10

CLASIFICACIÓN
DE LOS
TRASTORNOS MENTALES
Y DEL
COMPORTAMIENTO

CON GLOSARIO Y CRITERIOS
DIAGNÓSTICOS DE INVESTIGACIÓN

CIE-10: CDI-10



GUÍA DE BOLSILLO DE LA CLASIFICACIÓN CIE-10

Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento

Con glosario y criterios diagnósticos
de investigación

CIE-10: CDI-10

GUÍA DE BOLSILLO DE LA CLASIFICACIÓN CIE-10

Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento

Con glosario y criterios diagnósticos
de investigación

CIE-10: CDI-10



Publicado por Churchill Livingstone
para la Organización Mundial de la Salud en 1994 bajo el título
Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders
© World Health Organization 1994

El Director General de la Organización Mundial de la Salud ha cedido los derechos de traducción para una edición en español a la Editorial Médica Panamericana que es la única responsable de la traducción.

Traducción de
EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S.A.

Efectuada por
Dr. Pedro García Parajá
Dra. Mónica Magariños López
Médicos Residentes de Psiquiatría
Clínica Puerta de Hierro

Supervisión a cargo de
Dr. Luis Caballero Martínez
Psiquiatra. Clínica Puerta de Hierro
Departamento de Psiquiatría. Universidad Autónoma. Madrid

La medicina es una ciencia en permanente cambio. A medida que las nuevas investigaciones y la experiencia clínica amplían nuestro conocimiento, se requieren modificaciones en las modalidades terapéuticas y en los tratamientos farmacológicos. Los autores de esta obra han verificado toda la información con fuentes confiables para asegurarse de que ésta sea completa y acorde con los estándares aceptados en el momento de la publicación. Sin embargo, en vista de la posibilidad de un error humano o de cambios en las ciencias médicas, ni los autores, ni la editorial o cualquier otra persona implicada en la preparación o la publicación de este trabajo, garantizan que la totalidad de la información aquí contenida sea exacta o completa y no se responsabilizan por errores u omisiones o por los resultados obtenidos del uso de esta información. Se aconseja a los lectores confirmarla con otras fuentes. Por ejemplo, y en particular, se recomienda a los lectores revisar el prospecto de cada fármaco que planean administrar para cerciorarse de que la información contenida en este libro sea correcta y que no se hayan producido cambios en las dosis sugeridas o en las contraindicaciones para su administración. Esta recomendación cobra especial importancia con relación a fármacos nuevos o de uso infrecuente.



Visite nuestra página web:
<http://www.medicapanamericana.com>

ARGENTINA

Marcelo T. de Alvear 2145 (1122)
Buenos Aires, Argentina
Tel.: (54-11) 4821-5520
Fax: (54-11) 4821-1214
e-Mail: info@medicapanamericana.com.ar

COLOMBIA

Carrera 7a A. N° 69-19
Santa Fe de Bogotá D.C.
Tel.: (57-1) 235-4068
Fax: (57-1) 345-0019
e-Mail: general@medicapanamericana.com.co

ESPAÑA

Alberto Alcocer, 24 (28036) - Madrid, España
Tel.: (34) 91 4570203 / Fax: (34) 91 4570919
e-Mail: edmedpan@emp.es

MÉXICO

Calzada de Tlalpan N° 5022 entre Tezoquipa y
Michoacán
Colonia La Joya - Delegación Tlalpan - 14090
México D.F.
Tel.: (52-5) 573-2300 / Fax: (52-5) 655-0381
e-Mail: infomp@medicapanamericana.com.mx

VENEZUELA

Edificio Polar, Torre Oeste, Piso 6, Of. 6C
Plaza Venezuela, Urbanización Los Caobos,
Parroquia El Recreo, Municipio Libertador
Caracas D.F.
Tel.: (58-2) 793-6906/3058/2531/5985/7195
Fax: (58-2) 793-5885
e-Mail: emepave@medicapanamericana.com.ve

ISBN: 84-7903-492-0
Depósito Legal: M-20.420-2000



Todos los derechos reservados. Este libro o cualquiera de sus partes no podrán ser reproducidos ni archivados en sistemas recuperables, ni transmitidos en ninguna forma o por ningún medio, ya sean mecánicos o electrónicos, fotocopadoras, grabaciones o cualquier otro, sin el permiso previo de Editorial Médica Panamericana, S. A.

© 2000 EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S. A.
Alberto Alcocer, 24 - 28036 Madrid - España
Impreso en España, Mayo 2000

Capítulo V: Trastornos Mentales y del Comportamiento

Para comprender la totalidad de la estructura de la clasificación, o cómo están relacionados los trastornos entre sí, resulta útil poder ver toda la clasificación de un vistazo y también organizada por diversos grados de detalle. Esta tabla muestra la clasificación completa, especificando los códigos de 5 caracteres cuando es necesario. En la última parte, se puede apreciar la clasificación de la forma más simple, por el nombre de las diez categorías principales, F00-F99, y por el nivel intermedio de códigos de 3 caracteres.

LISTADO DE CATEGORÍAS

Las categorías presentes únicamente en la CDI-10 están señaladas con un asterisco (*).

F00-F09

Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos

F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer

- F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz.
- F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío
- F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta
- F00.9 Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación

F01 Demencia vascular

- F01.0 Demencia vascular de inicio agudo
- F01.1 Demencia multiinfarto
- F01.2 Demencia vascular subcortical
- F01.3 Demencia vascular mixta cortical y subcortical
- F01.8 Otra demencia vascular
- F01.9 Demencia vascular sin especificación

F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar

- F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick
- F02.1 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
- F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington
- F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson
- F02.4 Demencia en la infección por VIH
- F02.8 Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar

F03 Demencia sin especificación

Debe utilizarse un quinto dígito para indicar la presencia de síntomas adicionales en la demencia de F00-03:

- .x0 Sin síntomas adicionales
- .x1 Con predominio de ideas delirantes
- .x2 Con predominio de alucinaciones
- .x3 Con predominio de síntomas depresivos
- .x4 Con otros síntomas mixtos

*Un sexto dígito debe utilizarse para especificar la gravedad de la demencia:

- *.xx0 Leve
- *.xx1 Moderada
- *.xx2 Grave

F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas

F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas

- F05.0 Delirium no superpuesto a demencia
- F05.1 Delirium superpuesto a demencia
- F05.8 Otro delirium
- F05.9 Delirium sin especificación

F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática

- F06.0 Alucinosis orgánica
- F06.1 Trastorno catatónico orgánico
- F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico
- F06.3 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos
- .30 Trastorno maniaco orgánico

- .20 En la actualidad en abstinencia
- .200 Remisión temprana
- .201 Remisión parcial
- .202 Remisión completa

- .21 En la actualidad en abstinencia, en un medio protegido

- .22 En la actualidad en un régimen clínico supervisado

- .23 En la actualidad en abstinencia, con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes

- .24 Con consumo actual de la sustancia

- .25 Con consumo continuo

- .26 Con consumo episódico

F1x.3 Síndrome de abstinencia

- .30 No complicado

- .31 Con convulsiones

F1x.4 Síndrome de abstinencia con delirium

- .40 Sin convulsiones

- .41 Con convulsiones

F1x.5 Trastorno psicótico

- .50 Esquizofreniforme

- .51 Con predominio de ideas delirantes

- .52 Con predominio de alucinaciones (incluye la alucinosis alcohólica)

- .53 Con predominio de síntomas polimorfos

- .54 Con predominio de síntomas depresivos

- .55 Con predominio de síntomas maníacos

- .56 Trastorno psicótico mixto

F1x.6 Síndrome amnésico

F1x.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío

- .70 Con reviviscencias

- ("flashbacks")

- .71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento

- .72 Trastorno afectivo residual

- .73 Demencia

- .74 Otro deterioro cognoscitivo persistente

- .75 Trastorno psicótico de comienzo tardío

F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento

F1x.9 Trastorno mental o del comportamiento

F20-F29

Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes

F20 Esquizofrenia

- F20.0 Esquizofrenia paranoide
- F20.1 Esquizofrenia hebefrénica
- F20.2 Esquizofrenia catatónica
- F20.3 Esquizofrenia indiferenciada
- F20.4 Depresión postesquizofrénica
- F20.5 Esquizofrenia residual
- F20.6 Esquizofrenia simple
- F20.8 Otras esquizofrenias
- F20.9 Esquizofrenia sin especificación

Debe utilizarse un quinto dígito para clasificar el curso

- .x0 Continuo
- .x1 Episódico con déficit progresivo
- .x2 Episódico con déficit estable
- .x3 Episódico remitente
- .x4 Remisión incompleta
- .x5 Remisión completa
- .x8 Otra
- .x9 Curso incierto, período de observación corto

F21 Trastorno esquizotípico

F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes

- F22.0 Trastorno de ideas delirantes
- F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes

- .01 Con síndrome somático

F32.1

Episodio depresivo moderado

- .10 Sin síndrome somático

- .11 Con síndrome somático

- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

- .30 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo

- .31 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo

- F32.8 Otros episodios depresivos

- F32.9 Episodio depresivo sin especificación

F33 Trastorno depresivo recurrente

- F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

- .00 Sin síndrome somático

- .01 Con síndrome somático

- F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

- .10 Sin síndrome somático

- .11 Con síndrome somático

- F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos

- F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos

- *.30 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo

- *.31 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo

- F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

- F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes

- F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes

- F34.0 Ciclotimia

- F34.1 Distimia

- F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes

- F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación

F38 Otros trastornos del humor (afectivos)

- F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados

- .00 Episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto

- F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes

- .10 Trastorno depresivo recurrente breve

- F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos)

F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

F40-F48

Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

- F40.0 Agorafobia

- .00 Sin trastorno de pánico

- .01 Con trastorno de pánico

- F40.1 Fobias sociales

- F40.2 Fobias específicas (aisladas)

- F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica

- F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación

F41 Otros trastornos de ansiedad

- F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

- *.00 Moderado

- *.01 Grave

- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

- F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo

- F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad

- F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados

- .31 Trastorno bipolar orgánico
- .32 Trastorno depresivo orgánico
- .33 Trastorno del humor (afectivo) mixto orgánico
- F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico
- F06.5 Trastorno disociativo orgánico
- F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico
- F06.7 Trastorno cognoscitivo leve
- .70 No asociado con defecto físico
- .71 Asociado con un defecto físico
- F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática
- F06.9 Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación
- F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral**
- F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad
- F07.1 Síndrome postencefalítico
- F07.2 Síndrome postconmocional
- F07.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral
- F07.9 Trastorno de la personalidad debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificación
- F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación**

F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas

- F10.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol**
- F11.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides**
- F12.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides**
- F13.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos**
- F14.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína**
- F15.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluida la cafeína)**
- F16.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos**
- F17.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco**
- F18.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles**
- F19.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas**

Se utilizan un cuarto, quinto o sexto dígito para especificar las condiciones clínicas como sigue, y se describen los criterios diagnósticos particulares para cada sustancia psicoactiva, para el caso de intoxicación aguda o síndrome de abstinencia

- F1x.0 Intoxicación aguda
- .00 No complicada
- .01 Con traumatismo o lesión cerebral
- .02 Con otras complicaciones médicas
- .03 Con delirium
- .04 Con distorsiones de la percepción
- .05 Con coma
- .06 Con convulsiones
- .07 Intoxicación patológica
- F1x.1 Consumo perjudicial
- F1x.2 Síndrome de dependencia

- F22.9 Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación
- F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios**
- F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia
- F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia
- F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
- F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes
- F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios
- F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación
- Debe utilizarse un quinto dígito para identificar la presencia de estrés agudo asociado
- .x0 Sin estrés agudo asociado
- .x1 Con estrés agudo asociado
- F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas**
- F25 Trastornos esquizoafectivos**
- F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco
- F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo
- F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto
- F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos
- F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación
- *Debe utilizarse un quinto dígito para clasificar los siguientes subtipos:
- *.x0 Síntomas afectivos y esquizofrénicos aparecen simultáneamente
- *.x1 Síntomas afectivos y esquizofrénicos aparecen simultáneamente y además persistencia de síntomas esquizofrénicos más allá de la duración de los síntomas afectivos
- F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos**
- F29 Psicosis no orgánica sin especificación**

F30-F39 Trastornos del humor (afectivos)

- F30 Episodio maníaco**
- F30.0 Hipomanía
- F30.1 Manía sin síntomas psicóticos
- F30.2 Manía con síntomas psicóticos
- .20 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo
- .21 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo
- F30.8 Otros episodios maníacos
- F30.9 Episodio maníaco sin especificación
- F31 Trastorno bipolar**
- F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco
- F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos
- F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos
- .20 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo
- .21 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo
- F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado
- .30 Sin síndrome somático
- .31 Con síndrome somático
- F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos
- .50 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo
- .51 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo
- F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto
- F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión
- F31.8 Otros trastornos bipolares
- F31.9 Trastorno bipolar sin especificación
- F32 Episodios depresivos**
- F32.0 Episodio depresivo leve
- .00 Sin síndrome somático

- F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación
- F42 Trastorno obsesivo-compulsivo**
- F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas
- F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)
- F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos
- F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos
- F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación
- F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación**
- F43.0 Reacción a estrés agudo
- *.00 Leve
- *.01 Moderado
- *.02 Grave
- F43.1 Trastorno de estrés post-traumático
- F43.2 Trastornos de adaptación
- .20 Reacción depresiva breve
- .21 Reacción depresiva prolongada
- .22 Reacción mixta de ansiedad y depresión
- .23 Con predominio de alteraciones de otras emociones
- .24 Con predominio de alteraciones disociales
- .25 Con alteraciones de las emociones y disociales mixtas
- .28 Con otros síntomas predominantes especificados
- F43.8 Otras reacciones a estrés grave
- F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación
- F44 Trastornos disociativos (de conversión)**
- F44.0 Amnesia disociativa
- F44.1 Fuga disociativa
- F44.2 Estupor disociativo
- F44.3 Trastornos de trance y de posesión
- F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad
- F44.5 Convulsiones disociativas
- F44.6 Anestesia y pérdidas sensoriales disociativas
- F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos
- F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión)
- .80 Síndrome de Ganser
- .81 Trastorno de personalidad múltiple
- .82 Trastorno disociativo (conversión) en la infancia y adolescencia
- .88 Otro trastorno disociativo (conversión) específico
- F44.9 Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación
- F45 Trastornos somatomorfos**
- F45.0 Trastorno de somatización
- F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado
- F45.2 Trastorno hipocondríaco
- F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa
- .30 Corazón y sistema cardiovascular
- .31 Tracto gastrointestinal alto
- .32 Tracto gastrointestinal bajo
- .33 Sistema respiratorio
- .34 Sistema urogenital
- .38 Otros órganos y sistemas
- F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo
- F45.8 Otros trastornos somatomorfos
- F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación
- F48 Otros trastornos neuróticos**
- F48.0 Neurastenia
- F48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización
- F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados
- F48.9 Trastorno neurótico sin especificación

F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

- F50 Trastornos de la conducta alimentaria**
- F50.0 Anorexia nerviosa
- F50.1 Anorexia nerviosa atípica
- F50.2 Bulimia nerviosa
- F50.3 Bulimia nerviosa atípica
- F50.4 Hiperfagia asociada a otros trastornos psicológicos
- F50.5 Vómitos asociados a otros trastornos psicológicos

- F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria
F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación
- F51 Trastornos no orgánicos del sueño**
F51.0 Insomnio no orgánico
F51.1 Hipersomnia no orgánica
F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia
F51.3 Sonambulismo
F51.4 Terrores nocturnos
F51.5 Pesadillas
F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño
F51.9 Trastorno no orgánico del sueño sin especificación
- F52 Disfunción sexual no orgánica**
F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual
F52.1 Rechazo sexual y ausencia de placer sexual
.10 Rechazo sexual
.11 Ausencia de placer sexual
F52.2 Fracaso de la respuesta genital
F52.3 Disfunción orgásmica
F52.4 Eyaculación precoz
F52.5 Vaginismo no orgánico
F52.6 Dispareunia no orgánica
F52.7 Impulso sexual excesivo
F52.8 Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos
F52.9 Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico sin especificación
- F53 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar**
F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento leves en el puerperio no clasificados en otro lugar
F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento graves en el puerperio no clasificados en otro lugar
F53.8 Otros trastornos mentales en el puerperio no clasificados en otro lugar
F53.9 Otro trastorno mental o del comportamiento del puerperio sin especificación
- F54 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificadas en otro lugar**
- F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia**
F55.0 Antidepresivos
F55.1 Laxantes
F55.2 Analgésicos
F55.3 Antiácidos
F55.4 Vitaminas
F55.5 Hormonas o sustancias esteroideas
F55.6 Hierbas o remedios populares
F55.8 Otras sustancias que no produzcan dependencia
F55.9 Otras sustancias sin especificación
- F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación**

F60-F69

Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

- F60 Trastornos específicos de la personalidad**
F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad
F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad
F60.2 Trastorno disocial de la personalidad
F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad
.30 Tipo impulsivo
.31 Tipo límite
F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad
F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad
F60.6 Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad
F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad
F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad
F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación
- F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad**
F61.0 Trastornos mixtos de la personalidad

- F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación
- F64 Trastorno de la identidad sexual**
F64.0 Transexualismo
F64.1 Travestismo no fetichista (de doble rol)
F64.2 Trastorno de la identidad sexual en la infancia
F64.8 Otros trastornos de la identidad sexual
F64.9 Trastorno de la identidad sexual sin especificación
- F65 Trastornos de la inclinación sexual**
F65.0 Fetichismo
F65.1 Travestismo fetichista
F65.2 Exhibicionismo
F65.3 Escotofilia (voyeurismo)
F65.4 Paidofilia
F65.5 Sadomasoquismo
F65.6 Trastornos múltiples de la inclinación sexual
F65.8 Otros trastornos de la inclinación sexual
F65.9 Trastorno de la inclinación sexual sin especificación
- F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales**
F66.0 Trastorno de la maduración sexual
F66.1 Orientación sexual egodistónica
F66.2 Trastorno de la relación (interpersonal) sexual
F66.8 Otros trastornos del desarrollo psicosexual
F66.9 Trastorno del desarrollo psicosexual sin especificación
Debe utilizarse un quinto dígito para indicar la asociación con:
.x0 Heterosexualidad
.x1 Homosexualidad
.x2 Bisexualidad
.x8 Otra, incluyendo las prepuberales
- F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto**
F68.0 Elaboración psicológica de síntomas somáticos
F68.1 Producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas (trastorno ficticio)
F68.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto especificados
- F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación**

F70-F79

Retraso mental

- F70 Retraso mental leve**
F71 Retraso mental moderado
F72 Retraso mental grave
F73 Retraso mental profundo
F78 Otro retraso mental
F79 Retraso mental sin especificación
Debe utilizarse un cuarto dígito para especificar la carencia del deterioro de la conducta:
F7x.0 Inexistente o mínima alteración de la conducta
F7x.1 Alteración significativa de la conducta, requiriendo atención y tratamiento
F7x.2 Otras alteraciones de la conducta
F7x.3 Sin mención sobre alteraciones de la conducta

F80-F89

Trastornos del desarrollo psicológico

- F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje**
F80.0 Trastorno específico de la pronunciación
F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje
F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje
F80.3 Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner)
F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje
F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación
- F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar**
F81.0 Trastorno específico de la lectura

- F84.5 Síndrome de Asperger
F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo
F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación
- F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico**
F89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación

F90-F98

Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

- F90 Trastornos hiperkinéticos**
F90.0 Trastornos de la actividad y de la atención
F90.1 Trastorno hiperkinético disocial
F90.8 Otros trastornos hiperkinéticos
F90.9 Trastorno hiperkinético sin especificación
- F91 Trastornos disociales**
F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar
F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados
F91.2 Trastorno disocial en niños socializados
F91.3 Trastorno disocial desafiante y oposicionista
F91.8 Otros trastornos disociales
F91.9 Trastorno disocial sin especificación
- F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos**
F92.0 Trastorno disocial depresivo
F92.8 Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos
F92.9 Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación
- F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia**
F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia
F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia
F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia
F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos
F93.8 Otros trastornos de las emociones de la infancia
*.80 Trastorno de ansiedad generalizada de la infancia
F93.9 Trastorno de las emociones de la infancia sin especificación
- F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia**
F94.0 Mutismo selectivo
F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo
F94.2 Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido
F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia
F94.9 Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación
- F95 Trastorno de tics**
F95.0 Trastorno de tics transitorio
F95.1 Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios
F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette)
F95.8 Otros trastornos de tics
F95.9 Trastorno de tics sin especificación
- F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia**
F98.0 Enuresis no orgánica
*.00 Sólo enuresis nocturna
*.01 Sólo enuresis diurna
*.02 Enuresis nocturna y diurna
F98.1 Encopresis no orgánica
*.10 Fallo en la adquisición del control de esfínteres fisiológico
*.11 Control de esfínteres adecuado con heces normales depositadas en lugares inapropiados
*.12 Defecación asociada con un exceso

F61.1	Variaciones problemáticas de la personalidad
F62	Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral
F62.0	Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica
F62.1	Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica
F62.8	Otras transformaciones persistentes de la personalidad
F62.9	Transformación persistente de la personalidad sin especificación
F63	Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos
F63.0	Juego patológico (ludopatía)
F63.1	Conducta incendiaria patológica
F63.2	Cleptomanía
F63.3	Tricotilomanía
F63.8	Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos

F81.0	Trastorno específico de la ortografía
F81.1	Trastorno específico del cálculo
F81.3	Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar
F81.8	Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar
F81.9	Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación
F82	Trastorno específico del desarrollo psicomotor
F83	Trastorno específico del desarrollo mixto
F84	Trastornos generalizados del desarrollo
F84.0	Autismo infantil
F84.1	Autismo atípico
	*.10 Atipicidad en la edad de comienzo
	*.11 Atipicidad sintomática
	*.12 Atipicidad tanto en edad de comienzo como sintomática
F84.2	Síndrome de Rett
F84.3	Otro trastorno desintegrativo de la infancia
F84.4	Trastorno hiperactivo con retraso mental y movimientos estereotipados

	de heces líquidas, tal como la retención con desbordamiento
F98.2	Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia
F98.3	Pica en la infancia
F98.4	Trastorno de estereotipias motrices
	*.40 No autoagresivas
	*.41 Autoagresivas
	*.42 Mixtas
F98.5	Tartamudeo (espasmofemia)
F98.6	Farfalleo
F98.8	Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados
F98.9	Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o en la adolescencia sin especificación
F99	Trastorno mental sin especificación
F99	Trastorno mental sin especificación

El contenido del Capítulo V: Trastornos Mentales y del Comportamiento, puede desarrollarse en su forma más simple mediante diez categorías principales como sigue:

CIE-10: Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)

Incluye: Trastornos del desarrollo psicológico

Excluye: Síntomas, signos, hallazgos clínicos y de laboratorio anormales, no clasificados en ninguna otra parte. (R00-R99)

Este capítulo contiene los siguientes epígrafes

F00-F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos
F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas
F20-F29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes
F30-F39	Trastornos del humor (afectivos)
F40-F48	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
F50-F59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
F60-F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
F70-F79	Retraso mental
F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico
F90-F98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
F99	Trastorno mental sin especificación

3-VERSIÓN POR CATEGORÍAS

PRINCIPALES: Es a menudo apropiada para la tabulación de las estadísticas de los servicios de salud mental y para otros tipos de presentación de datos que requieren un nivel intermedio de detalle

Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos (F00-F09)

F00*	Demencia en la enfermedad de Alzheimer
F01	Demencia vascular
F02*	Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar
F03	Demencia sin especificación
F04	Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas
F05	Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas
F06	Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática

F07	Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral
F09	Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas (F10-F19)

F10.-	... debidos al consumo de alcohol
F11.-	... debidos al consumo de opioides
F12.-	... debidos al consumo de cannabinoides
F13.-	... debidos al consumo de sedantes o hipnóticos
F14.-	... debidos al consumo de cocaína
F15.-	... debidos al consumo de otros estimulantes (incluida la cafeína)
F16.-	... debidos al consumo de alucinógenos
F17.-	... debidos al consumo de tabaco
F18.-	... debidos al consumo de disolventes volátiles
F19.-	... debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas

Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes (F20-F29)

F20	Esquizofrenia
F21	Trastorno esquizotípico
F22	Trastornos de ideas delirantes persistentes
F23	Trastornos psicóticos agudos y transitorios
F24	Trastorno de ideas delirantes inducidas
F25	Trastornos esquizoafectivos
F28	Otros trastornos psicóticos no orgánicos
F29	Psicosis no orgánica sin especificación

Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39)

F30	Episodio maniaco
F31	Trastorno bipolar
F32	Episodios depresivos
F33	Trastorno depresivo recurrente
F34	Trastornos del humor (afectivos) persistentes
F38	Otros trastornos del humor (afectivos)
F39	Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-F48)

F40	Trastornos de ansiedad fóbica
F41	Otros trastornos de ansiedad
F42	Trastorno obsesivo-compulsivo
F43	Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación
F44	Trastornos disociativos (de conversión)
F45	Trastornos somatomorfos
F48	Otros trastornos neuróticos

Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (F50-F59)

F50	Trastornos de la conducta alimentaria
F51	Trastornos no orgánicos del sueño
F52	Disfunción sexual no orgánica
F53	Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar
F54	Factores psicológicos

	y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificadas en otro lugar
F55	Abuso de sustancias que no producen dependencia
F59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación

Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-F69)

F60	Trastornos específicos de la personalidad
F61	Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad
F62	Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral
F63	Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos
F64	Trastorno de la identidad sexual
F65	Trastornos de la inclinación sexual
F66	Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales
F68	Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
F69	Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación

Retraso mental (F70-F79)

F70	Retraso mental leve
F71	Retraso mental moderado
F72	Retraso mental grave
F73	Retraso mental profundo
F78	Otro retraso mental
F79	Retraso mental sin especificación

Trastornos del desarrollo psicológico (F80-F89)

F80	Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje
F81	Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar
F82	Trastorno específico del desarrollo psicomotor
F83	Trastorno específico del desarrollo mixto
F84	Trastornos generalizados del desarrollo
F88	Otros trastornos del desarrollo psicológico
F89	Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación

Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F90-F98)

F90	Trastornos hiperactivos
F91	Trastornos disociales
F92	Trastornos disociales y de las emociones mixtos
F93	Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia
F94	Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
F95	Trastorno de tics
F98	Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

Trastorno mental sin especificación (F99)

F99	Trastorno mental sin especificación
-----	-------------------------------------

Índice

	Págs.
Prólogo	ix
<i>N. Sartorius</i>	
Prólogo a la edición española	xi
<i>J. J. López-Ibor</i>	
Prefacio	xiii
Agradecimientos	xv
Listado de categorías	1
Notas para los usuarios de la CDI-10	17
Capítulo V	
Trastornos mentales y del comportamiento, con glosario de definiciones, CDI-10 y notas diagnósticas	23
F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos	25
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas	50
F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	70
F30-F39 Trastornos del humor (afectivos)	89
F40-F48 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	109
F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	140
F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	158
F70-F79 Retraso mental	184

	<u>Págs.</u>
F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico	187
F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	204
 Apéndice 1 de los CDI-10:	
Criterios provisionales para trastornos determinados	229
 Apéndice 2 de los CDI-10:	
Trastornos específicos de determinadas culturas	233
<i>R. Finerman</i>	
 Notas sobre problemas no resueltos	 245
<i>J. E. Cooper</i>	
 Otros procesos de la CIE-10 frecuentemente asociados con trastornos mentales y del comportamiento	 253
 Tabla de equivalencias entre el Capítulo V de la CIE-9 y el Capítulo V de la CIE-10	 271
 Instrumentos diagnósticos y publicaciones asociadas al Capítulo V de la CIE-10	 289
 Índice	 291

Prólogo

Los trastornos mentales y del comportamiento son frecuentes, pueden tener consecuencias graves y causan sufrimiento a cientos de millones de personas en el mundo entero. Una mejoría en la atención que éstos reciben —o deberían recibir— depende de una mejor formación de los agentes de salud (y de la población general) y de un mayor consenso entre los gobiernos para el desarrollo de servicios destinados a la enfermedad mental y a sus comunidades. Ambos requisitos, así como el necesario progreso en la adquisición de conocimientos, dependen, a su vez, de que la información disponible y compendiada sobre los trastornos mentales se divulgue. Los materiales que la comunidad científica, con el liderazgo de la OMS, ha producido, tales como los textos de la CIE-10 y derivaciones incluidas en esta Guía, pueden jugar un papel importante a este respecto y ayudar a que se haga realidad la existencia de un lenguaje común en Psiquiatría.

El Profesor J. E. Cooper ha participado en el desarrollo de la clasificación de los trastornos mentales, incorporados en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) desde los años sesenta, cuando era uno de los colaboradores del programa de la OMS para la estandarización del diagnóstico, clasificación y estadísticas psiquiátricas, que dio lugar a la 8.^a revisión de la CIE. Estas actividades incluyeron la producción del primer glosario de categorías internacionalmente aceptado, y el desarrollo de métodos ampliamente aceptados que permiten la investigación científica de los procesos diagnósticos y sus respectivas clasificaciones^{1, 8*}.

Este proceso se diferenciaba de actividades previas relacionadas con la Organización en que se apoyaba en un acuerdo de cooperación con los Institutos Nacionales de Salud de los EE.UU. y en que, además de las actividades encaminadas a la estandarización del diagnóstico y a la clasificación de los trastornos psiquiátricos^{2, 1*, 2*}, se añadieron otras, entre las que se incluyen las siguientes:

1. El desarrollo de una serie de versiones de clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10, destinadas a diferentes tipos de usuarios —una versión para clínicos—^{12*}, una versión para investigación^{15*}, otra para su utilización en atención primaria y una presentación multiaxial. Todas ellas se han probado (o están siendo probadas) extensamente en diferentes países^{14*}.
2. El desarrollo de una serie de instrumentos de investigación aplicables internacionalmente, que permitan una valoración de los trastornos mentales en términos comparables.
3. El desarrollo de un léxico^{5*} que acompañe a la clasificación de los trastornos mentales y a los instrumentos para la valoración de los pacientes.
4. El desarrollo de una red de trabajo de investigación, mediante centros de formación y de referencia trabajando con la OMS en un desarrollo posterior de instrumentos y clasificaciones, y el apoyo a investigaciones relevantes llevadas a cabo por esos y otros centros.
5. Una contribución al proceso de revisión, iniciado recientemente, de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud.

6. La producción de una serie de publicaciones que contienen revisiones de la literatura mundial^{2*} y otros materiales formativos, que puede utilizarse a fin de optimizar el uso de las clasificaciones y de los instrumentos de valoración.

Todas estas actividades se llevaron a cabo pensando que un uso futuro importante de la CIE-10 será facilitar la descripción y valoración de la calidad de los servicios psiquiátricos, y de las diferentes intervenciones destinadas a la ayuda de los enfermos mentales.

Esta *Guía de Bolsillo* contiene varios elementos de los referidos anteriormente. Las fuentes principales del material que se presenta —en cuya participación el Profesor Cooper ha participado activamente durante años— son las definiciones breves de las categorías (glosario de definiciones), que se incluyen en el texto de la Clasificación Internacional de Enfermedades^{11*}; los textos de las Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico^{12*}; el texto de los Criterios Diagnósticos de Investigación^{13*}, y las principales diferencias entre la CIE-10 y la CIE-9^{10*}. Además de contener todas esas partes juntas para cada categoría, el Profesor Cooper ha añadido una serie de notas en algunos de los principales problemas, todavía no resueltos, respecto a esta y otras clasificaciones actuales.

De esta forma, la *Guía de Bolsillo* es una compilación pragmática de los textos de varias fuentes, con los cuales el usuario debería estar familiarizado. En particular, los psiquiatras que utilicen este libro deben estar familiarizados con la publicación de la OMS *Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*, la cual establece el contexto clínico para los Criterios Diagnósticos de Investigación. Para los que estén familiarizados con al menos estos volúmenes, esta *Guía de Bolsillo* será indudablemente una ayuda adicional muy valiosa para el uso fácil y correcto de los criterios diagnósticos y la clasificación de los trastornos mentales que contiene la CIE-10.

Gestores, administradores, analistas de datos y personal médico de registro de los servicios de salud, también encontrarán útil esta *Guía de Bolsillo*, puesto que contiene todas las categorías del Capítulo V de la CIE-10 (todos los nombres de las categorías más sus códigos alfanuméricos), junto a una tabla de conversión entre el Capítulo V de la CIE-9 y de la CIE-10. Esta última guarda buena relación con la Adaptación Psiquiátrica de la CIE-10^{16*}, todavía en preparación y que está diseñada específicamente para fines estadísticos y de registro.

Es, por lo tanto, grande el placer con el que recomiendo este libro a los psiquiatras, a aquellos en período de formación de postgraduado en Psiquiatría y disciplinas relacionadas, y a todos aquellos que necesiten una forma de acceso rápida y fácil a las normas de la CIE-10 de clasificación y de diagnóstico relacionadas con los trastornos mentales.

NORMAN SARTORIUS

Referencias

1. Shepherd M, Brooke EM, Cooper JE, Lin T (1968): An experimental approach to psychiatric diagnosis: an international study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **201**. Munksgaard, Copenhagen.
2. Sartorius N (1993) WHO's work on the epidemiology of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **28**: 147-155.

* Estas referencias se encuentran en la lista de la página 288-289.

Prólogo

a la edición española

Las clasificaciones de las enfermedades son el fruto de un conocimiento científico limitado y de un consenso entre investigadores y clínicos. La limitación tiene como consecuencia que hayan existido, y existen, clasificaciones hechas con criterios y desde perspectivas muy diferentes, unas veces etiológicas, otras evolutivas, otras psicopatológicas y otras, como el DSM-IV y la CIE-10, sintomáticas. El consenso ha sustituido a una era donde cada escuela y tradición de la psiquiatría tenía su clasificación o su hecho diferencial, como las psicosis psicógenas de la psiquiatría escandinava, las "*bouffées délirantes*" de la psiquiatría francesa o la esquizofrenia pseudoneurótica de la norteamericana. Un consenso es un compromiso en aras de una aplicación práctica y de un lenguaje común. Suele ser el mejor de los mundos posibles o, si se quiere, los dos mejores mundos, si tomamos en cuenta a la CIE-10 y el DSM-IV. Bien es verdad que las diferencias entre ambas clasificaciones son pequeñas, casi irrelevantes para la práctica cotidiana, y fácilmente identificables en la investigación y, en cualquier caso, mucho menores que las que había entre clasificaciones anteriores. Es natural, ambas comparten criterios y resultados de la investigación científica y muchos de los investigadores que han contribuido al desarrollo del DSM-III y DSM-IV han formado parte de los grupos de trabajo de la CIE-10 y viceversa.

Sin embargo, hay varias diferencias entre ambas clasificaciones que ponen de manifiesto diferencias "políticas" o decisiones no basadas en la evidencia científica. Las diferencias existen porque la investigación no proporciona aún datos suficientes para tomar una decisión correcta y aceptable. Por ejemplo, el DSM-III/IV tiene una estructura multiaxial, algo imposible para el capítulo sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento de la CIE-10, porque la CIE-10 en conjunto no contempla esta posibilidad. Un diagnóstico multiaxial tendría probablemente una gran utilidad en toda la medicina, y no sólo en el caso de los trastornos mentales, pero la psiquiatría no ha encontrado razones o influencia suficientes, para cambiar la estructura básica de la CIE-10. Otro ejemplo es el de la discapacidad, que es un elemento esencial para el diagnóstico en el DSM-III/IV y no en la CIE-10. El desarrollo de una clasificación basada en síntomas tiene el peligro de psiquiatrizar estados, o comportamientos, no patológicos y diagnosticar de enfermos a personas que presentan algún síntoma aislado o un rasgo poco frecuente. Para evitarlo, la clasificación norteamericana exige dos condiciones, un sufrimiento importante y una discapacidad significativa. Así, una persona tímida puede ser diagnosticada de fobia social a partir de un *pathos* y una *infirmity* relevantes.

El tercer ejemplo atañe a este libro. El DSM-III/IV son clasificaciones que emanan del esfuerzo de unificar criterios de investigación que hizo la Universidad de Washington de St. Louis, trasladado luego a la práctica cotidiana. Esta perspectiva tiene la ventaja de su fiabilidad, y el riesgo de un número elevado de casos atípicos, que son los cajones de sastre donde van a parar los que están por debajo de un determinado punto de corte. Esta perspectiva es esencial en la investigación, donde el objetivo es excluir los falsos positivos que comprometen los resultados,

mientras que en la clínica cotidiana lo ideal es que todos los enfermos puedan recibir un diagnóstico en el que fundamentar las decisiones clínicas, aunque en algunos casos sean sólo aproximados. La versión básica de la CIE-10, llamada Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico está hecha para ser útil en la práctica cotidiana, incluso en países o lugares donde la formación de los clínicos y la investigación son aún precarias. Por ese motivo se desarrolló muy tarde una versión de investigación, con criterios más que pautas, con definiciones más estrictas y cuantificadas. La idea es que los casos para una investigación podrían pasar dos puntos de corte, el primero el de las Pautas y el segundo el de los Criterios, quedándose algunos casos en el camino. Este hecho ha comprometido el prestigio de la CIE-10 como instrumento para la investigación científica y ha impedido un aprovechamiento óptimo de la clasificación. Por eso, se han hecho en algunos países ediciones como la presente, que combina las descripciones clínicas con los criterios de investigación, que ponen de manifiesto que la diferencia entre ambas versiones era muchas veces una cuestión de formato y aplicación estructurada. Así, las diversas pautas para el diagnóstico, que a veces figuran relatadas en un párrafo, se subdividen en criterios definidos con más precisión y se establecen criterios de duración o de número y tipo de criterios necesarios para un diagnóstico. No cabe duda que esta nueva presentación híbrida será de gran utilidad en países como el nuestro, donde la investigación psiquiátrica en centros clínicos crece cada vez más y también la necesidad de diagnósticos más precisos para hacer frente a las exigencias de la gestión clínica y sanitaria.

PROF. J. J. LÓPEZ-IBOR

Catedrático de Psiquiatría, Universidad Complutense de Madrid

Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría

Presidente del Grupo Coordinador de Centros de la CIE-10 de la OMS

Prefacio

Este texto ha sido concebido como libro de bolsillo para ser una guía adecuada y rápida del Capítulo V de la CIE-10 (que en lo sucesivo se referirá, simplemente, como Capítulo V) para diferentes tipos de usuarios. Las diferentes partes de este texto son:

1. Todos los títulos y códigos numéricos de las categorías de la clasificación.
2. El texto del glosario del Capítulo V que está incluido en el texto principal de la CIE-10, el cual contiene un total de 21 capítulos.
3. Los criterios diagnósticos de investigación del capítulo V (CDI-10), más los Apéndices 1 y 2.
4. Notas diagnósticas y comentarios sobre temas de especial interés e importancia. Algunas de éstas son exclusivas de este texto, otras están sacadas de las *Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (DCPD) (OMS, 1992) y otras más del texto básico del CDI-10 (OMS, 1993).
5. Una tabla de conversión del Capítulo V de la CIE-9 al Capítulo V (F) de la CIE-10.

Aparte de los títulos y códigos numéricos, la CDI-10 y su apéndice contienen algunas categorías opcionales o provisionales que no están incluidas en la clasificación principal. Éstas se distinguen por un asterisco (*) en el código.

El texto del glosario del Capítulo V del volumen principal de la CIE-10 ha sido aceptado, después de una consulta extensa, como la descripción internacionalmente aceptada de las categorías principales de cada trastorno. Estas descripciones son más cortas que aquéllas en el DCPD, las cuales están diseñadas para ser utilizadas por psiquiatras y otros profesionales de la salud. Este glosario reducido facilita el logro de la máxima compatibilidad entre la CIE-10 y cualquier futura clasificación nacional o regional. Asimismo subsana la necesidad de una descripción relativamente breve y simple de las categorías a menudo mencionadas por el personal administrativo y por los responsables de la recogida y análisis de las estadísticas de los servicios de salud. Otros profesionales que no están médicamente entrenados, pero que quieren aprender algo sobre los contenidos de capítulo V, también pueden encontrar útiles estas descripciones.

Los criterios diagnósticos de investigación del Capítulo V han sido desarrollados directamente de las DCPD. Los criterios referidos a número y duración de síntomas han sido añadidos, junto con otros criterios requeridos, para cuando se requieren grupos de sujetos de investigación relativamente homogéneos. Los clínicos también encontrarán útiles estos criterios, dado que el glosario narrativo de los CDI-10 sirve como recordatorio de las categorías principales (y accesorias) de los síntomas de los trastornos expresados de una manera complementaria. Todos los usuarios de los CDI-10 deben tener en cuenta que han de utilizarse conjuntamente con las descripciones más amplias y los comentarios que aparecen en el DCPD. Los estudiantes y aprendices han de ser particularmente cautos y basar su estudio en descripciones y comentarios más exhaustivos de libros de texto y otras fuentes bibliográficas; no deben considerar que los CDI-10 o este texto tienen el contenido suficiente para adquirir una buena base para el trabajo clínico.

Algunas de las notas diagnósticas y los comentarios sobre problemas por resolver sirven para recordar al usuario determinados puntos incluidos en secciones tanto del DCPD como de los CDI-10. También está incluida una breve sección adicional sobre problemas no resueltos y temas controvertidos. Esto debe recordar al usuario que todas las clasificaciones de los trastornos psiquiátricos tienen criterios temporales e incompletos, que se completarán en la medida que aumente nuestro conocimiento en la materia.

El sistema de símbolos de la daga (†) y el asterisco (*) se ha incluido en el Capítulo V. Estos símbolos se utilizan para indicar que dos aspectos diferentes de un mismo trastorno o enfermedad están recogidos en dos capítulos diferentes de la CIE. Uno de ellos es considerado como el código primario, normalmente una enfermedad, y se marca con la daga (†). El código secundario es esa parte de la clasificación que tiene que ver con el órgano al cual se refiere el síntoma o la complicación, y es marcado con un asterisco (*). Por ejemplo, la demencia en la enfermedad de Pick se recoge en el Capítulo V como:

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

Esto indica que la categoría F02.0 es utilizada para registrar el síndrome comportamental de la demencia característica de la enfermedad de Pick, y que la presencia misma de la enfermedad es recogida utilizando la categoría G31.0 [en el Capítulo 6 (G)].

A los usuarios de este breviario se les recomienda que consulten otras fuentes sobre el contenido y desarrollo de la CIE-10, tales como la introducción y las notas de las categorías seleccionadas que acompañan a las *Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* del Capítulo V (OMS, 1992). Dos publicaciones complementarias y fácilmente accesibles son:

- Sartorius N, Jablensky A, Cooper JE, Burke JD (eds.) 1998. Psychiatric classification in an international perspective. *British Journal of Psychiatry* **152** (Suppl. 1).
- Sartorius N, Kaelber CT 1993 Progress towards achieving a common language in psychiatry: Results from the field trials of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of Mental and Behavioural Disorders of ICD-10. *Archives of General Psychiatry* **50**: 115-124.

Bibliografía

- OMS (1992): Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (DCPD). OMS, Ginebra.
- OMS (1993): Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: criterios diagnósticos de investigación (CDI-10). OMS, Ginebra.

Agradecimientos

La realización de este breviario ha sido posible gracias a la generosa cooperación de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, la cual permitió el uso de texto de los CDI-10 y partes de otros documentos que comprenden la “familia” de la CIE-10. Se debe un especial agradecimiento al personal de la División de Salud Mental (dirigida por el Dr. N. Sartorius) y al personal de la Unidad de Publicaciones (presidida por el Dr. D. Thompson) por su ayuda y guía. Un gran número de personas de muchos países que han contribuido de diferentes maneras al desarrollo del Capítulo V de la CIE-10, incluida la participación en trabajos de campo, pueden encontrarse en los textos publicados por la OMS Ginebra que contienen las *Descripciones clínicas y las pautas para el diagnóstico* del Capítulo V (OMS, 1992) y los CDI-10 (OMS).

OMS (1992): La clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. OMS, Ginebra.

OMS (1993): La clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: criterios diagnósticos de investigación. OMS, Ginebra.

Listado de categorías

**Las categorías presentes únicamente en el CDI-10
están señaladas con un asterisco (*).**

**F00-
F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos**
F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer

- F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz.
- F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.
- F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta.
- F00.9 Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación.

F01 Demencia vascular

- F01.0 Demencia vascular de inicio agudo.
- F01.1 Demencia multiinfarto.
- F01.2 Demencia vascular subcortical.
- F01.3 Demencia vascular mixta cortical y subcortical.
- F01.8 Otra demencia vascular.
- F01.9 Demencia vascular sin especificación.

F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar

- F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick.
- F02.1 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
- F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington.
- F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson.
- F02.4 Demencia en la infección por VIH.
- F02.8 Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.

F03 Demencia sin especificación

Debe utilizarse un quinto dígito para indicar la presencia de síntomas adicionales en la demencia de F00-03:

- .x0 Sin síntomas adicionales.
- .x1 Con predominio de ideas delirantes.
- .x2 Con predominio de alucinaciones.
- .x3 Con predominio de síntomas depresivos.
- .x4 Con otros síntomas mixtos.

*Un sexto dígito debe utilizarse para especificar la gravedad de la demencia:

- *.xx0 Leve.
- *.xx1 Moderada.
- *.xx2 Grave.

F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas
F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas

- F05.0 Delirium no superpuesto a demencia.
- F05.1 Delirium superpuesto a demencia.
- F05.8 Otro delirium.
- F05.9 Delirium sin especificación.

F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática

- F06.0 Alucinosis orgánica.
- F06.1 Trastorno catatónico orgánico.

- F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico.
- F06.3 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos.
 - .30 Trastorno maníaco orgánico.
 - .31 Trastorno bipolar orgánico.
 - .32 Trastorno depresivo orgánico.
 - .33 Trastorno del humor (afectivo) mixto orgánico.
- F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico.
- F06.5 Trastorno disociativo orgánico.
- F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico.
- F06.7 Trastorno cognoscitivo leve.
 - .70 No asociado con defecto físico.
 - .71 Asociado con un defecto físico.
- F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.
- F06.9 Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación.

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

- F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad.
- F07.1 Síndrome postencefálico.
- F07.2 Síndrome postconmocional.
- F07.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.
- F07.9 Trastorno de la personalidad debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificación.

F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación

F10- F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas
---------------------	--

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

F17.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco
F18.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles
F19.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas

Se utilizarán un cuarto, quinto o sexto dígito para especificar las condiciones clínicas, como sigue, y se describen los criterios diagnósticos particulares para cada sustancia psicoactiva, para el caso de intoxicación aguda o síndrome de abstinencia.

F1x.0 Intoxicación aguda.

- .00 No complicada.
- .01 Con traumatismo o lesión cerebral.
- .02 Con otras complicaciones médicas.
- .03 Con delirium.
- .04 Con distorsiones de la percepción.
- .05 Con coma.
- .06 Con convulsiones.
- .07 Intoxicación patológica.

F1x.1 Consumo perjudicial.
F1x.2 Síndrome de dependencia.

- .20 En la actualidad en abstinencia.
 - .200 Remisión temprana.
 - .201 Remisión parcial.
 - .202 Remisión completa.
- .21 En la actualidad en abstinencia, en un medio protegido.
- .22 En la actualidad en un régimen clínico supervisado.
- .23 En la actualidad en abstinencia, con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes.
- .24 Con consumo actual de la sustancia.
- .25 Con consumo continuo.
- .26 Con consumo episódico.

F1x.3 Síndrome de abstinencia.

- .30 No complicado.
- .31 Con convulsiones.

F1x.4 Síndrome de abstinencia con delirium.

- .40 Sin convulsiones.
- .41 Con convulsiones.

F1x.5 Trastorno psicótico.

- .50 Esquizofreniforme.
- .51 Con predominio de ideas delirantes.
- .52 Con predominio de alucinaciones (incluye la alucinosis alcohólica).
- .53 Con predominio de síntomas polimorfos.
- .54 Con predominio de síntomas depresivos.

- F1x.5 .55 Con predominio de síntomas maníacos.
- .56 Trastorno psicótico mixto.

F1x.6 Síndrome amnésico.

- F1x.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío.
 - .70 Con reviviscencias ("flashbacks").
 - .71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento.
 - .72 Trastorno afectivo residual.
 - .73 Demencia.
 - .74 Otro deterioro cognoscitivo persistente.
 - .75 Trastorno psicótico de comienzo tardío.

F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento.

F1x.9 Trastorno mental o del comportamiento.

**F20-
F29**

Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes

F20 Esquizofrenia

- F20.0 Esquizofrenia paranoide.
- F20.1 Esquizofrenia hebefrénica.
- F20.2 Esquizofrenia catatónica.
- F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.
- F20.4 Depresión postesquizofrénica.
- F20.5 Esquizofrenia residual.
- F20.6 Esquizofrenia simple.
- F20.8 Otras esquizofrenias.
- F20.9 Esquizofrenia sin especificación.

Debe utilizarse un quinto dígito para clasificar el curso.

- .x0 Continuo.
- .x1 Episódico con déficit progresivo.
- .x2 Episódico con déficit estable.
- .x3 Episódico remitente.
- .x4 Remisión incompleta.
- .x5 Remisión completa.
- .x8 Otra.
- .x9 Curso incierto, período de observación corto.

F21 Trastorno esquizotípico

F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes

- F22.0 Trastorno de ideas delirantes.
- F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes.
- F22.9 Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación.

F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios

- F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.
- F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.
- F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.

- F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes.
 F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios.
 F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación.

Debe utilizarse un quinto dígito para identificar la presencia de estrés agudo asociado.

- .x0 Sin estrés agudo asociado.
- .x1 Con estrés agudo asociado.

F24 Trastorno de Ideas delirantes Inducidas

F25 Trastornos esquizoafectivos

- F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco.
 F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.
 F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto.
 F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos.
 F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación.

*Debe utilizarse un quinto dígito para clasificar los siguientes subtipos:

- *.x0 Síntomas afectivos y esquizofrénicos aparecen simultáneamente.
- *.x1 Síntomas afectivos y esquizofrénicos aparecen simultáneamente y además persistencia de síntomas esquizofrénicos más allá de la duración de los síntomas afectivos.

F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos

F29 Psicosis no orgánica sin especificación

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

F30 Episodio maníaco

- F30.0 Hipomanía.
 F30.1 Manía sin síntomas psicóticos.
 F30.2 Manía con síntomas psicóticos.
 .20 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.
 .21 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.
 F30.8 Otros episodios maníacos.
 F30.9 Episodio maníaco sin especificación.

F31 Trastorno bipolar

- F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco.
 F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos.
 F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos.
 .20 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.
 .21 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.
 F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.
 .30 Sin síndrome somático.
 .31 Con síndrome somático.
 F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.
 F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.

- F31.5 .50 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.
- .51 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.
- F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto.
- F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión.
- F31.8 Otros trastornos bipolares.
- F31.9 Trastorno bipolar sin especificación.

F32 Episodios depresivos

- F32.0 Episodio depresivo leve.
 - .00 Sin síndrome somático.
 - .01 Con síndrome somático.
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
 - .10 Sin síndrome somático.
 - .11 Con síndrome somático.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
 - .30 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.
 - .31 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

F33 Trastorno depresivo recurrente

- F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.
 - .00 Sin síndrome somático.
 - .01 Con síndrome somático.
- F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.
 - .10 Sin síndrome somático.
 - .11 Con síndrome somático.
- F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
- F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.
 - *.30 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.
 - *.31 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.
- F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
- F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.
- F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes

- F34.0 Ciclotimia.
- F34.1 Distimia.
- F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes.
- F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación.

F38 Otros trastornos del humor (afectivos)

- F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados.
 - .00 Episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto.
- F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.
 - .10 Trastorno depresivo recurrente breve.
- F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos).

F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación.

F40- F48	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
---------------------	--

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

- F40.0 Agorafobia.
 - .00 Sin trastorno de pánico.
 - .01 Con trastorno de pánico.
- F40.1 Fobias sociales.
- F40.2 Fobias específicas (aisladas).
- F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica.
- F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.

F41 Otros trastornos de ansiedad

- F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).
 - *.00 Moderado.
 - *.01 Grave.
- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.
- F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.
- F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad.
- F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados.
- F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo

- F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.
- F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).
- F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.
- F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos.
- F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.

F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación

- F43.0 Reacción a estrés agudo.
 - *.00 Leve.
 - *.01 Moderado.
 - *.02 Grave.
- F43.1 Trastorno de estrés post-traumático.
- F43.2 Trastornos de adaptación.
 - .20 Reacción depresiva breve.
 - .21 Reacción depresiva prolongada.
 - .22 Reacción mixta de ansiedad y depresión.
 - .23 Con predominio de alteraciones de otras emociones.
 - .24 Con predominio de alteraciones disociales.
 - .25 Con alteraciones de las emociones y disociales mixtas.
 - .28 Con otros síntomas predominantes especificados.
- F43.8 Otras reacciones a estrés grave.
- F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación.

F44 Trastornos disociativos (de conversión)

- F44.0 Amnesia disociativa.
- F44.1 Fuga disociativa.
- F44.2 Estupor disociativo.
- F44.3 Trastornos de trance y de posesión.
- F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad.
- F44.5 Convulsiones disociativas.

- F44.6 Anestias y pérdidas sensoriales disociativas.
- F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos.
- F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión).
 - .80 Síndrome de Ganser.
 - .81 Trastorno de personalidad múltiple.
 - .82 Trastorno disociativo (conversión) en la infancia y adolescencia.
 - .88 Otro trastorno disociativo (conversión) específico.
- F44.9 Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación.

F45 Trastornos somatomorfos

- F45.0 Trastorno de somatización.
- F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado.
- F45.2 Trastorno hipocondríaco.
- F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa.
 - .30 Corazón y sistema cardiovascular.
 - .31 Tracto gastrointestinal alto.
 - .32 Tracto gastrointestinal bajo.
 - .33 Sistema respiratorio.
 - .34 Sistema urogenital.
 - .38 Otros órganos y sistemas.
- F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo.
- F45.8 Otros trastornos somatomorfos.
- F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación.

F48 Otros trastornos neuróticos

- F48.0 Neurastenia.
- F48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización.
- F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados.
- F48.9 Trastorno neurótico sin especificación.

**F50-
F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones
fisiológicas y a factores somáticos**

F50 Trastornos de la conducta alimentaria

- F50.0 Anorexia nerviosa.
- F50.1 Anorexia nerviosa atípica.
- F50.2 Bulimia nerviosa.
- F50.3 Bulimia nerviosa atípica.
- F50.4 Hiperfagia asociada a otros trastornos psicológicos.
- F50.5 Vómitos asociados a otros trastornos psicológicos.
- F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria.
- F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.

F51 Trastornos no orgánicos del sueño

- F51.0 Insomnio no orgánico.
- F51.1 Hipersomnia no orgánica.
- F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia.
- F51.3 Sonambulismo.
- F51.4 Terrores nocturnos.
- F51.5 Pesadillas.
- F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño.
- F51.9 Trastorno no orgánico del sueño sin especificación.

F52 Disfunción sexual no orgánica

- F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual.
- F52.1 Rechazo sexual y ausencia de placer sexual.
 - .10 Rechazo sexual.
 - .11 Ausencia de placer sexual.
- F52.2 Fracaso de la respuesta genital.
- F52.3 Disfunción orgásmica.
- F52.4 Eyaculación precoz.
- F52.5 Vaginismo no orgánico.
- F52.6 Dispareunia no orgánica.
- F52.7 Impulso sexual excesivo.
- F52.8 Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos.
- F52.9 Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico sin especificación.

F53 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar

- F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento leves en el puerperio no clasificados en otro lugar.
- F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento graves en el puerperio no clasificados en otro lugar.
- F53.8 Otros trastornos mentales en el puerperio no clasificados en otro lugar.
- F53.9 Otro trastorno mental o del comportamiento del puerperio sin especificación.

F54 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificadas en otro lugar**F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia**

- F55.0 Antidepresivos.
- F55.1 Laxantes.
- F55.2 Analgésicos.
- F55.3 Antiácidos.
- F55.4 Vitaminas.
- F55.5 Hormonas o sustancias esteroideas.
- F55.6 Hierbas o remedios populares.
- F55.8 Otras sustancias que no produzcan dependencia.
- F55.9 Otras sustancias sin especificación.

F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación

F60- F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
---------------------	--

F60 Trastornos específicos de la personalidad

- F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad.
- F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad.
- F60.2 Trastorno disocial de la personalidad.
- F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.
 - .30 Tipo impulsivo.
 - .31 Tipo límite.

- F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad.
- F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad.
- F60.6 Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.
- F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad.
- F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad.
- F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación.

F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad

- F61.0 Trastornos mixtos de la personalidad.
- F61.1 Variaciones problemáticas de la personalidad.

F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral

- F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica.
- F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica.
- F62.8 Otras transformaciones persistentes de la personalidad.
- F62.9 Transformación persistente de la personalidad sin especificación.

F63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos

- F63.0 Juego patológico (ludopatía).
- F63.1 Conducta incendiaria patológica.
- F63.2 Cleptomanía.
- F63.3 Tricotilomanía.
- F63.8 Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.
- F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación.

F64 Trastorno de la identidad sexual

- F64.0 Transexualismo.
- F64.1 Travestismo no fetichista (de doble rol).
- F64.2 Trastorno de la identidad sexual en la infancia.
- F64.8 Otros trastornos de la identidad sexual.
- F64.9 Trastorno de la identidad sexual sin especificación.

F65 Trastornos de la inclinación sexual

- F65.0 Fetichismo.
- F65.1 Travestismo fetichista.
- F65.2 Exibicionismo.
- F65.3 Escotofilia (voyeurismo).
- F65.4 Paidofilia.
- F65.5 Sadomasoquismo.
- F65.6 Trastornos múltiples de la inclinación sexual.
- F65.8 Otros trastornos de la inclinación sexual.
- F65.9 Trastorno de la inclinación sexual sin especificación.

F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales

- F66.0 Trastorno de la maduración sexual.
- F66.1 Orientación sexual egodistónica.
- F66.2 Trastorno de la relación (interpersonal) sexual.
- F66.8 Otros trastornos del desarrollo psicosexual.
- F66.9 Trastorno del desarrollo psicosexual sin especificación.

Debe utilizarse un quinto dígito para indicar la asociación con:

- .x0 Heterosexualidad.
- .x1 Homosexualidad.
- .x2 Bisexualidad.
- .x8 Otra, incluyendo las prepuberales.

F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

- F68.0 Elaboración psicológica de síntomas somáticos.
- F68.1 Producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas (trastorno ficticio).
- F68.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto especificados.

F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación

F70- F79 Retraso mental

F70 Retraso mental leve

F71 Retraso mental moderado

F72 Retraso mental grave

F73 Retraso mental profundo

F78 Otro retraso mental

F79 Retraso mental sin especificación

Debe utilizarse un cuarto dígito para especificar la carencia del deterioro de la conducta:

- F7x.0 Inexistente o mínima alteración de la conducta.
- F7x.1 Alteración significativa de la conducta, requiriendo atención y tratamiento.
- F7x.2 Otras alteraciones de la conducta.
- F7x.3 Sin mención sobre alteraciones de la conducta.

F80- F89 Trastornos del desarrollo psicológico

F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje

- F80.0 Trastorno específico de la pronunciación.
- F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje.
- F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje.
- F80.3 Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner).
- F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje.
- F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación.

F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar

- F81.0 Trastorno específico de la lectura.

- F81.1 Trastorno específico de la ortografía.
- F81.2 Trastorno específico del cálculo.
- F81.3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar.
- F81.8 Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar.
- F81.9 Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación.

F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor

F83 Trastorno específico del desarrollo mixto

F84 Trastornos generalizados del desarrollo

- F84.0 Autismo infantil.
- F84.1 Autismo atípico.
 - *.10 Atipicidad en la edad de comienzo.
 - *.11 Atipicidad sintomática.
 - *.12 Atipicidad tanto en edad de comienzo como sintomática.
- F84.2 Síndrome de Rett.
- F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia.
- F84.4 Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados.
- F84.5 Síndrome de Asperger.
- F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo.
- F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.

F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico

F89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación

**F90-
F98** **Trastornos del comportamiento y de las emociones
de comienzo habitual en la infancia y adolescencia**

F90 Trastornos hiperkinéticos

- F90.0 Trastornos de la actividad y de la atención.
- F90.1 Trastorno hiperkinético disocial.
- F90.8 Otros trastornos hiperkinéticos.
- F90.9 Trastorno hiperkinético sin especificación.

F91 Trastornos disociales

- F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar.
- F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados.
- F91.2 Trastorno disocial en niños socializados.
- F91.3 Trastorno disocial desafiante y oposicionista.
- F91.8 Otros trastornos disociales.
- F91.9 Trastorno disocial sin especificación.

F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos

- F92.0 Trastorno disocial depresivo.
- F92.8 Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos.
- F92.9 Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación.

F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia

- F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia.

- F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia.
- F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia.
- F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos
- F93.8 Otros trastornos de las emociones de la infancia.
- *.80 Trastorno de ansiedad generalizada de la infancia.
- F93.9 Trastorno de las emociones de la infancia sin especificación.

F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

- F94.0 Mutismo selectivo.
- F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo.
- F94.2 Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido.
- F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia.
- F94.9 Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación.

F95 Trastorno de tics

- F95.0 Trastorno de tics transitorio.
- F95.1 Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios.
- F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette).
- F95.8 Otros trastornos de tics.
- F95.9 Trastorno de tics sin especificación.

F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

- F98.0 Enuresis no orgánica.
 - *.00 Sólo enuresis nocturna.
 - *.01 Sólo enuresis diurna.
 - *.02 Enuresis nocturna y diurna.
- F98.1 Encopresis no orgánica.
 - *.10 Fallo en la adquisición del control de esfínteres fisiológico.
 - *.11 Control de esfínteres adecuado con heces normales depositadas en lugares inapropiados.
 - *.12 Defecación asociada con un exceso de heces líquidas, tal como la retención con desbordamiento.
- F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.
- F98.3 Pica en la infancia.
- F98.4 Trastorno de estereotipias motrices
 - *.40 No autoagresivas.
 - *.41 Autoagresivas.
 - *.42 Mixtas.
- F98.5 Tartamudeo (espasmofemia).
- F98.6 Farfullero.
- F98.8 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados.
- F98.9 Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o en la adolescencia sin especificación.

F99 Trastorno mental sin especificación

F99 Trastorno mental sin especificación.

Notas para los usuarios de la CDI-10

**Las siguientes notas para los usuarios,
como los textos en los espacios sombreados
encabezados con CDI-10, son una reproducción
de la 10ª Clasificación de los trastornos mentales
y del comportamiento CIE-10:
Criterios diagnósticos de investigación
(Ginebra, OMS, 1995).**

1. El contenido de los *Criterios Diagnósticos de Investigación* (CDI-10) deriva del Glosario del Capítulo sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento de la CIE-10 [Capítulo V (F)]. Proporciona criterios específicos para diagnósticos contenidos en el libro *Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico* (DCPD) que se ha escrito para uso, tanto clínico como docente, de psiquiatras y de otros profesionales de la salud mental (OMS, 1992).
2. Aunque completamente compatible con el Glosario de la CIE-10 y con el DCPD, el CDI-10 tiene un estilo y una presentación diferentes. Los investigadores que utilicen el CDI-10 deben primero familiarizarse con el DCPD, ya que el CDI-10 no ha sido realizado para ser empleado solo. El CDI-10 no contiene las descripciones de los conceptos clínicos sobre los que se basan los criterios de investigación, ni tampoco comentarios sobre las características más comunes asociadas que, aunque no son esenciales para el diagnóstico, pueden ser muy relevantes tanto para clínicos como para investigadores. Estas características deben ser buscadas en el DCPD, cuyos capítulos introductorios también contienen información y comentarios útiles para el uso clínico y de investigación de la CIE-10. Se supone que cualquier usuario del CDI-10 tiene a mano un ejemplar del DCPD.
3. Otras diferencias entre el CDI-10 y el DCPD necesitan una explicación antes de que pueda usarse satisfactoriamente el manual DCI-10.
 - a) Al igual que otros criterios diagnósticos para investigación publicados, los criterios del CDI-10 son deliberadamente restrictivos: su uso permite la selección de grupos de sujetos cuyos síntomas y otras características se parecen de forma claramente definida. Esto aumenta la probabilidad de obtener grupos homogéneos de pacientes, pero limita las generalizaciones que pueden llevarse a cabo. Los investigadores que deseen estudiar el solapamiento de trastornos o la mejor manera de definir conexiones entre los mismos, pueden necesitar, por lo tanto, complementar los criterios de tal manera que se permita la inclusión de casos atípicos.
 - b) Con pocas excepciones, no es apropiado dar criterios detallados para las “otras” categorías (.8) en el conjunto de la clasificación del Capítulo V (F), y, por definición, no es nunca apropiado para “sin especificación” (.9). El apéndice 1 (página 229) contiene sugerencias para criterios de algunas de estas excepciones; su colocación en el apéndice indica que su situación presente es controvertida o provisional, lo cual invita a seguir investigando.
 - c) De manera parecida, no se requieren normas precisas sobre exclusiones mutuas y comorbilidad en un conjunto de criterios diagnósticos para investigación, ya que diferentes proyectos de investigación tienen diferentes requerimientos, que dependen de sus objetivos. Algunas de las cláusulas de exclusión más obvias y utilizadas con frecuencia se han incluido en el CDI-10 como un recordatorio y para ayudar a los usuarios; si se necesitan más normas pueden encontrarse en la DCPD.
4. Como norma general, la interferencia en la vida diaria no se ha utilizado en la CIE-10 como criterio diagnóstico. Esta norma se ha seguido en el CDI-10 hasta donde ha sido posible. Pero existen unas pocas excepciones inevitables, las más obvias de las cuales son la esquizofrenia simple y el trastorno disocial de la personalidad. Una vez tomada la decisión de incluir estos trastornos algo controvertidos en la clasificación, se consideró que lo mejor era hacerlo sin modificar los conceptos; como consecuencia se hizo necesario incluir la

interferencia en la vida diaria como criterio diagnóstico de esos trastornos. La experiencia e investigaciones posteriores deberán mostrar si estas decisiones fueron justificadas.

Para muchos de los trastornos infantiles y de la adolescencia se incluye entre los criterios diagnósticos alguna forma de interferencia con el comportamiento y las relaciones sociales. A primera vista, parece que esto va contra la norma general de la CIE de que la interferencia con la realización del papel social no debe ser empleada como característica definitoria de trastornos o enfermedades. Pero un examen más pormenorizado de los trastornos clasificados en F80-F89 y F90-F98 muestra que se necesitan criterios sociales por la naturaleza más complicada e interactiva de las materias. Los niños muestran a menudo frustración y sufrimiento, pero raramente manifiestan síntomas equivalentes a los que caracterizan los trastornos conceptualizados en los adultos. Muchos de los trastornos clasificados en F80-F89 y F90-F98 son desequilibrios que sólo pueden ser descritos indicando qué papeles están afectados dentro de la familia, la escuela o el grupo.

5. Por las mismas razones que las expuestas en 3.c), las definiciones de remisión, recaída y duración de los episodios se han incluido en el CDI-10 sólo en un pequeño número de casos. Se pueden encontrar algunas sugerencias más en el Glosario de términos del Capítulo V (F) de la CIE-10 (OMS, 1994).
6. Los criterios están clasificados con letras y/o números para indicar su lugar en una jerarquía de importancia. Los criterios generales que deben cumplir todos los miembros de un grupo de trastorno (tales como los criterios generales para todas las variedades de demencia o para los principales tipos de esquizofrenia) están clasificados con la letra mayúscula G, más un número. Los criterios de cumplimiento obligatorio para cada trastorno se distinguen con letras mayúsculas solas (A, B, C, etc.). Números (1, 2, 3, etc.) y letras minúsculas (a, b, c, etc.) se utilizan para identificar grupos y subgrupos de características de las cuales sólo algunas se requieren para el diagnóstico. Para evitar el uso de "y/o", cuando se especifica que se requiere uno o los dos criterios, se asume siempre que la presencia de ambos criterios también satisface el requerimiento.
7. Cuando el CDI-10 se emplea en la investigación de pacientes que también padecen trastornos neurológicos, los investigadores podrían necesitar utilizar la aplicación neurológica de la CIE-10 (ICD-10 NA) (OMS, 1994) y su glosario acompañante.
8. Los dos apéndices del CDI-10 tratan de los trastornos no definidos o provisionales. El apéndice 1 contiene algunos trastornos afectivos que han sido objeto de investigaciones recientes y algunos trastornos de la personalidad. Aunque en algunos países se consideran clínicamente útiles, no tienen un estado definido desde un punto de vista internacional. Se espera que su inclusión en este lugar anime a la investigación sobre su utilidad.

El apéndice 2 contiene descripciones provisionales de una serie de trastornos que a menudo se refieren como "específicos de una cultura". Hay motivos para suponer que deberían ser considerados mejor como variaciones culturales de trastornos ya incluidos en la CIE-10 Capítulo V (F), pero todavía no se tiene una información clínica detallada y fiable para llegar a una conclusión definitiva sobre donde deberían situarse. Se comprenden las considerables dificultades prácticas que implica el realizar estudios de campo con personas

que padezcan estos trastornos, pero proporcionar estas descripciones puede estimular la investigación por parte de los que conocen el idioma y la cultura en donde se desarrolla el trastorno. La información del apéndice 2 debe complementarse con un léxico de términos utilizados en psiquiatría transcultural que se espera esté disponible en 1994.

9. Advertir que "y" en los títulos de las categorías sustituye a "y/o".

Referencias bibliográficas

Application of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision, to neurology. Geneva, World Health Organization (en preparación).

WHO (1992): *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines.* Geneva, World Health Organization.

WHO (1993): *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research.* Geneva, World Health Organization.

WHO (1994): *Lexicon of psychiatric and mental health terms. Volume 1, 2nd edn.* Geneva, World Health Organization (en preparación).

CIE-10
Capítulo V

23

**Trastornos mentales
y del comportamiento, con
glosario de definiciones,
CDI-10 y notas diagnósticas**

F00-F09

Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos

Esta sección incluye una serie de trastornos mentales que se han agrupado por tener en común una etiología demostrable en una enfermedad o lesión cerebral u otra afección causante de disfunción cerebral. La disfunción puede ser primaria, como en las enfermedades, lesiones o daños que afectan al cerebro de un modo directo y selectivo, o secundaria, como en las enfermedades sistémicas y los trastornos que afectan a diversos órganos o sistemas, entre ellos el cerebro.

La demencia (F00-F03) es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Este síndrome se presenta en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad cerebrovascular y en otras situaciones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria.

Si se desea, puede utilizarse un código adicional para identificar la enfermedad subyacente.

CDI-10 Criterios generales para la demencia

G1. Existen pruebas de cada uno de los siguientes síntomas:

1. Deterioro de la memoria evidente sobre todo para el aprendizaje de nueva información, aunque en los casos más graves también puede afectarse la evocación de información previamente aprendida. La alteración incluye tanto al material verbal como al no verbal. El deterioro debe ser objetiva y no ha de basarse sólo en quejas subjetivas, para lo cual se necesita obtener información anamnésica de terceras personas o recurrir a test neuropsicológicos. La gravedad del deterioro, con afectación leve como umbral para el diagnóstico, debe ser valorada de la siguiente forma:

Leve: El grado de pérdida de memoria es suficiente para interferir con las actividades cotidianas, aunque no tan grave como para ser incompatible con una vida independiente. La principal función afectada es el aprendizaje de material nuevo. Por ejemplo, el individuo tiene dificultad para el registro, almacenaje y evocación de elementos de la vida diaria, tales como los lugares donde deja sus pertenencias, las citas y los compromisos sociales, o para la información recientemente proporcionada por los familiares.

Moderado: El grado de pérdida de memoria representa una dificultad seria para la vida independiente. Sólo se retiene el material muy bien aprendido o de carácter muy familiar. La información nueva es retenida sólo de forma ocasional y muy breve. El individuo es incapaz de evocar información básica sobre su lugar de residencia, actividades recientes o nombres de personas allegadas.

Grave: El grado de pérdida de memoria se caracteriza por la incapacidad completa de retener nueva información. Sólo persisten fragmentos

aislados de información previamente aprendida. El individuo fracasa incluso al intentar reconocer a los familiares cercanos.

2. Déficit en otras habilidades cognoscitivas caracterizado por un deterioro en el juicio y pensamiento, tales como la planificación y organización, y en el procesamiento general de la información. Las pruebas de esto deberían obtenerse preferiblemente de un informador y, si es posible, completarse mediante exámenes neuropsicológicos o valoraciones objetivas cuantificadas. Debe verificarse la relación del deterioro con un nivel alto previo de funcionamiento. La gravedad del deterioro intelectual, con afectación leve como umbral para el diagnóstico, debe ser valorada de la siguiente forma:

Leve: El déficit de las capacidades cognoscitivas interfiere con los rendimientos y actividades de la vida diaria, sin llegar al extremo de hacer al individuo dependiente de los demás. Las tareas diarias más complicadas y algunas actividades recreativas no pueden ser realizadas.

Moderado: El déficit de las capacidades cognoscitivas hace al individuo incapaz de manejarse sin la asistencia de otros en la vida cotidiana, incluyendo actividades como la compra y el manejo de dinero. En la casa sólo pueden llevar a cabo las tareas más simples. El interés por las cosas y actividades es muy reducido o inconstante.

Grave: El déficit se caracteriza por la ausencia, real o virtual, de ideación inteligible.

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

- G2 Conciencia del entorno [ausencia de obnubilación de la conciencia (como se define en F05 - criterio A) durante un período de tiempo suficientemente largo, que permita la inequívoca demostración de los síntomas del criterio G1]. Cuando se presenten episodios de delirium superpuestos, el diagnóstico de demencia debe ser aplazado.
- G3. Deterioro del control emocional, motivación o un cambio en el comportamiento social que se manifiesta al menos por uno de los siguientes:
 1. Labilidad emocional.
 2. Irritabilidad.
 3. Apatía.
 4. Embrutecimiento en el comportamiento social.
- G4. Para que el diagnóstico clínico sea seguro, los síntomas del criterio G1 deben haberse presentado al menos durante seis meses. Si el período transcurrido desde el inicio de la enfermedad es más corto, el diagnóstico sólo puede ser provisional.

Notas diagnósticas

Está abierto un debate respecto a si el término de demencia debe utilizarse sólo para estados irreversibles o como aquí se emplea. Si de los esfuerzos en la intensa investigación actual, dirigida a identificar los mecanismos intracelulares y genéticos implicados en la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia, se obtiene algún avance terapéutico eficaz, los conceptos y términos clínicos actuales necesitarán una revisión.

Aquí se especifica que la demencia debe tener una duración mínima de seis meses para evitar la confusión con situaciones claramente reversibles que al inicio tienen los mismos signos y síntomas. La hemorragia subdural (S06.5), la hidrocefalia normotensiva (G91.2) y algunos tipos de lesión cerebral local o difusa (S06.2 y S06.3) son ejemplos importantes que pueden dar lugar a estados crónicos de delirium (F5); un término que suele utilizarse para estos casos es el de “estado de delirium subagudo”. Las páginas 31 y 32 de las *Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico del Capítulo V de la CIE-10* (OMS, 1992) contienen puntos importantes sobre los criterios de demencia y su relación con las deficiencias, discapacidades y minusvalías.

Los juicios sobre una vida independiente o el desarrollo de dependencia de los demás requieren ser valorados dentro del contexto y expectativas culturales. El diagnóstico puede consolidarse más por las pruebas de lesión de otras funciones corticales superiores, tales como afasia, agnosia y apraxia.

Puede utilizarse un quinto carácter para indicar la presencia de síntomas adicionales en las categorías F00-F03 (F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer, F01 Demencia vascular, F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar y F03 Demencia sin especificación) como sigue:

- .x0 Sin síntomas adicionales.
- .x1 Con predominio de ideas delirantes.
- .x2 Con predominio de alucinaciones.
- .x3 Con predominio de síntomas depresivos.
- .x4 Con otros síntomas mixtos.

Para indicar la gravedad de la demencia puede utilizarse un sexto carácter:

- .xx0 Leve.
- .xx1 Moderada.
- .xx2 Grave.

Como se menciona en la pág. 21, la gravedad global de la demencia depende del grado de deterioro intelectual o de memoria, según sea el que produce un deterioro más grave.

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

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa cerebral primaria de etiología desconocida, con unos rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos. El trastorno suele tener un inicio insidioso y se desarrolla de forma lenta, pero progresiva, durante un período de varios años.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de demencia (G1-G4).
- B. No existen pruebas en la historia clínica, exploración física o investigaciones especiales de otra posible causa de demencia (por ejemplo, enfermedad cerebrovascular, infección por VIH, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, hidrocefalia normotensiva), de un trastorno sistémico (por ejemplo, hipotiroidismo, déficit de vitamina B₁₂ o ácido fólico, hipercalcemia) o de abuso de alcohol o sustancias.

Notas diagnósticas

El diagnóstico se confirma postmortem por el hallazgo en el cerebro de un exceso de placas neuríticas y degeneración neurofibrilar respecto a lo normal por la edad del cerebro.

Los siguientes rasgos refuerzan el diagnóstico, pero no son elementos necesarios: repercusión de funciones corticales que se prueba por afasia, agnosia o apraxia; disminución de la motivación e impulso, que conducen a la apatía o ausencia de espontaneidad; irritabilidad y desinhibición en el comportamiento social; pruebas, por investigaciones especiales, de que existe atrofia cerebral, particularmente si puede mostrarse el aumento de ésta con el paso del tiempo. En casos graves puede haber cambios extrapiramidales parkinsoniformes, logoclonia y ataques epilépticos.

Especificación de rasgos para posibles subtipos

Dada la posibilidad de que existan subtipos, se recomienda que se registren las siguientes características como base para una clasificación posterior: edad de inicio; ritmo de progresión; configuración de los rasgos clínicos, en particular si predominan (o están ausentes) signos de los lóbulos frontales, temporales o parietales, y cualquier anomalía neuropatológica o neuroquímica y su patrón.

La división actual de la enfermedad de Alzheimer en subtipos puede llevarse a cabo de dos maneras: la primera, tomando sólo la edad de inicio y catalogar la enfermedad como precoz o tardía, con un punto de corte aproximado a los 65 años; o la segunda, valorando cómo se ajusta mejor el individuo a uno de los dos supuestos síndromes de inicio precoz o tardío. Es improbable que exista una clara distinción entre los tipos de inicio precoz y tardío. Los rasgos clínicos del tipo de inicio precoz pueden producirse en edades avanzadas, así como los rasgos del tipo de inicio tardío, ocasionalmente, pueden empezar antes de los 65 años. Los siguientes criterios pueden utilizarse para diferenciar F00.0 de F00.1, pero debe recordarse que esta subdivisión todavía es una cuestión controvertida.

F00.0*	Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz (G30.0)
---------------	--

Demencia en la enfermedad de Alzheimer que se inicia antes de los 65 años, con un curso de deterioro relativamente rápido y con múltiples y marcadas alteraciones de las funciones corticales superiores.

Enfermedad de Alzheimer tipo 2.

Demencia presenil de tipo Alzheimer.

Demencia degenerativa primaria de tipo Alzheimer, presenil.

CDI-10

1. Deben cumplirse los criterios de demencia en la enfermedad de Alzheimer (F00), y la edad de inicio debe ser anterior a los 65 años.
2. Además, se requiere que esté presente al menos una de las siguientes circunstancias:



- a) Pruebas de un inicio y progresión relativamente rápidos.
- b) Además del deterioro de la memoria, debe haber afasia (amnésica o sensorial), agafia, alexia, acalculia o apraxia (que indican la repercusión sobre el lóbulo temporal, parietal y/o frontal).

F00.1* Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío (G30.1)

Demencia en la enfermedad de Alzheimer que se inicia después de los 65 años, normalmente hacia finales de los 70 o más tarde, con una progresión lenta y con deterioro de la memoria como rasgo principal.

Enfermedad de Alzheimer tipo 1.

Demencia senil de tipo Alzheimer.

Demencia degenerativa primaria de tipo Alzheimer, senil.

CDI-10

1. Deben cumplirse los criterios de demencia en la enfermedad de Alzheimer (F00) y la edad de inicio debe ser de 65 o más años.
2. Además, se requiere que esté presente alguna de las siguientes circunstancias:
 - a) Pruebas de inicio y progresión muy lentos y graduales (el grado de progresión sólo puede conocerse retrospectivamente tras el curso de tres o más años).
 - b) Predominio de deterioro de la memoria G1.1 sobre el de deterioro intelectual G1.2 (ver los criterios generales de demencia).

F00.2* Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta (G30.8)

Demencia atípica tipo Alzheimer.

Este término, y código, debe utilizarse para demencias que tienen importantes rasgos atípicos o que cumplen criterios para ambos tipos, de inicio tardío y precoz, de la enfermedad de Alzheimer. También se incluyen aquí las demencias mixtas vascular y de Alzheimer.

F00.9* Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación (G30.9)

F01 Demencia vascular

La demencia vascular es el resultado de la infartación del tejido cerebral debida a una enfermedad vascular, incluida la enfermedad vascular hipertensiva. Por lo general, los infartos son pequeños, pero sus efectos son acumulativos. El inicio suele ser en edades avanzadas.

Incluye: Demencia arteriosclerótica.

CDI-10

- G1. Deben cumplirse los criterios generales de demencia (G1-G4).
- G2. Los déficit de las funciones corticales superiores se distribuyen de forma desigual, con algunas funciones afectadas y otras relativamente no afectadas. Así, la memoria puede estar notablemente afectada mientras que en el pensamiento, el razonamiento y el procesamiento de la información puede mostrarse sólo un leve deterioro.
- G3. Hay pruebas clínicas de lesión cerebral local, que se manifiestan por al menos una de las siguientes:
 - 1. Debilidad espástica unilateral de los miembros.
 - 2. Aumento unilateral de los reflejos osteotendinosos.
 - 3. Un reflejo plantar extensor.
 - 4. Parálisis pseudobulbar.
- G4. Hay pruebas en la historia clínica, exploraciones o test, de una enfermedad cerebrovascular significativa, la cual puede juzgarse, de forma razonable, de estar relacionada etiológicamente con la demencia (por ejemplo, antecedentes de accidente vascular agudo; pruebas de infartación cerebral).

Los siguientes criterios pueden utilizarse para diferenciar los subtipos de demencia vascular, pero debe recordarse que la utilidad de esta subdivisión puede no estar aceptada de forma general.

F01.0 Demencia vascular de inicio agudo

Se desarrolla, por lo general, de un modo rápido tras una serie de ictus debidos a trombosis, embolias o hemorragias vasculares. En casos raros, la causa puede ser un único infarto extenso.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de demencia vascular (F01).
- B. La demencia se desarrolla rápidamente (normalmente en un mes, pero no en más de tres meses) tras una serie de ictus o, raramente, tras un único infarto extenso.

F01.1 Demencia multiinfarto

Tiene un inicio gradual, precedido de varios episodios isquémicos transitorios que producen una acumulación de infartos en el parénquima cerebral.

Demencia predominantemente cortical.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de demencia vascular (F01).
- B. El inicio de la demencia es gradual (es decir, entre tres y seis meses), precedido de varios episodios isquémicos menores.

Nota diagnóstica

Se supone que hay una acumulación de infartos en el parénquima cerebral. Durante los episodios isquémicos puede haber períodos de mejoría clínica.

F01.2 Demencia vascular subcortical

Incluye casos con antecedentes de hipertensión y focos de destrucción isquémica en las zonas profundas de la sustancia blanca de los hemisferios cerebrales. Por lo general, la corteza cerebral está indemne y esto contrasta con el cuadro clínico, que puede parecerse mucho al de una demencia en la enfermedad de Alzheimer.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de demencia vascular (F01).
- B. Antecedente de hipertensión arterial.
- C. Hay pruebas en los exámenes clínicos e investigaciones especiales de enfermedad vascular localizada en zonas profundas de la sustancia blanca de los hemisferios cerebrales, con preservación de la corteza cerebral.

F01.3 Demencia vascular mixta cortical y subcortical

El componente mixto, cortical y subcortical, de las demencias vasculares puede sospecharse por las características clínicas, resultados de pruebas complementarias (incluyendo la autopsia) o ambos.

F01.8 Otra demencia vascular

F01.9 Demencia vascular sin especificación

32

F02* Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar

Se clasifican aquí los casos de demencia debidos, o presuntamente debidos, a una etiología distinta de la enfermedad de Alzheimer o de la enfermedad cerebrovascular. Pueden comenzar en cualquier período de la vida, aunque raramente en edades avanzadas.

Nota diagnóstica

La norma general del Capítulo V de la CIE-10 es otorgar códigos separados sólo a estados clínicos que tengan algunas características clínicas individuales que los identifiquen. Hay pruebas clínicas para justificar esto en la demencia debida a la enfermedad de Pick (G31.0), en la enfermedad de Creutzfeld-Jakob (A81.0) y en algunos casos de la enfermedad de Huntington (G10). Y no la hay en la demencia que aparece en el curso de la enfermedad de Parkinson (G20) y de la infección VIH (B22.0), pero se han hecho excepciones a la norma en estos dos casos por su interés clínico e importancia en salud pública.

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

Demencia progresiva de inicio en la edad media de la vida, caracterizada por cambios de carácter y deterioro social precoces y lentamente progresivos, seguidos de un deterioro de las funciones de la inteligencia, de la memoria y del lenguaje, con apatía, euforia y, ocasionalmente, fenómenos extrapiramidales.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de demencia (G1-G4).
- B. Inicio lento, con deterioro progresivo.
- C. Predominio de afectación frontal por la presencia de dos o más de los siguientes:
 - 1. Embotamiento afectivo.
 - 2. Pérdida de las normas de educación.
 - 3. Desinhibición.
 - 4. Apatía o inquietud.
 - 5. Afasia.
- D. En los estadios tempranos, la memoria y funciones del lóbulo parietal están relativamente conservadas.

F02.1* Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob

Se trata de una demencia progresiva, con múltiples signos y síntomas neurológicos, debida a cambios neuropatológicos específicos, supuestamente causados por un agente transmisible. El inicio suele tener lugar hacia la mitad o el final de la vida, pero puede presentarse en cualquier momento de la edad adulta. El curso es subagudo y lleva a la muerte en uno a dos años.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de demencia (G1-G4).
- B. Existencia de una demencia de progresión muy rápida, con desintegración virtual de todas las funciones cerebrales superiores.
- C. Aparición de uno o más de los siguientes síntomas y signos neurológicos, normalmente después o simultáneamente con la demencia:
 - 1. Síntomas piramidales.
 - 2. Síntomas extrapiramidales.
 - 3. Síntomas cerebelosos.
 - 4. Afasia.
 - 5. Déficit visual.

Nota diagnóstica

El estadio típico terminal es un estado acinético y de mutismo. Puede verse la variante amiotrófica cuando los signos neurológicos preceden al inicio de la demencia. La presencia de un electroencefalograma característico (descargas de puntas periódicas sobre un ritmo de fondo lento y de bajo voltaje) junto a los signos anteriormente mencionados aumenta la probabilidad del diagnóstico. No obstante, el diagnóstico sólo puede confirmarse tras un examen neuropatológico (pérdida neuronal, astrocitosis y cambios espongiiformes). Debido al riesgo de infección, esto debe llevarse a cabo bajo condiciones de protección especiales.

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

La demencia se presenta formando parte de una degeneración diseminada del tejido cerebral. La enfermedad se transmite por un único gen autosómico dominante. La sintomatología aparece, por lo general, en la tercera y cuarta décadas. La progresión es lenta y lleva a la muerte en 10 a 15 años.

Demencia en el corea de Huntington

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de demencia (G1-G4).



- B. Las funciones subcorticales se afectan primero y predominan durante el cuadro clínico de demencia, que se manifiesta por enlentecimiento del pensamiento o de la movilidad y alteración de la personalidad, con apatía o depresión.
- C. Presencia de movimientos coreiformes involuntarios típicos de la cara, manos y hombros, o en la marcha. El paciente puede intentar disimularlos convirtiéndolos en acciones voluntarias.
- D. Antecedente de enfermedad de Huntington en uno de los padres o un hermano, o antecedentes familiares que sugieran este trastorno.
- E. No hay signos clínicos que pudieran explicar los movimientos anormales.

Nota diagnóstica

Además de los movimientos coreiformes involuntarios, puede desarrollarse rigidez extrapiramidal o espasticidad con signos piramidales.

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

Demencia que aparece en el curso de una enfermedad de Parkinson claramente establecida. No se han demostrado todavía rasgos clínicos que permitan distinguirla de otras demencias.

Demencia en la parálisis agitante.

Demencia en los parkinsonismos.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de demencia (G1-G4).
- B. Diagnóstico de enfermedad de Parkinson establecido.
- C. Ninguna de las alteraciones cognitivas es atribuible a la medicación antiparkinsoniana.
- D. No hay pruebas por la historia, exploración física o investigaciones especiales de otra posible causa de demencia, incluyendo otras formas de enfermedad, lesión o disfunción cerebral (por ejemplo, enfermedad cerebrovascular, enfermedad por VIH, enfermedad de Huntington, hidrocefalia normotensiva), un trastorno sistémico (por ejemplo, hipotiroidismo, déficit de vitamina B₁₂ o ácido fólico, hipercalcemia) o abuso de alcohol o drogas.

Si los criterios también se cumplen para la demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío (F00.1), debe utilizarse la categoría F001.1 en combinación con G20 (enfermedad de Parkinson).

F02.4* Demencia en la infección por VIH (B22.0)

Demencia que se desarrolla en el curso de una infección por VIH, en ausencia de una enfermedad concomitante u otro trastorno que pudiera explicar los hallazgos clínicos.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de demencia (G1-G4).
- B. Diagnóstico de infección por VIH establecido.
- C. No hay pruebas por la historia, exploración física o investigaciones especiales de otra posible causa de demencia, incluyendo otras formas de enfermedad, lesión o disfunción cerebral (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, hidrocefalia normotensiva), un trastorno sistémico (por ejemplo, hipotiroidismo, déficit de vitamina B₁₂ o ácido fólico, hipercalcemia) o abuso de alcohol o drogas.

F02.8* Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar

La demencia puede producirse como consecuencia de una variedad de situaciones cerebrales o somáticas que están clasificadas en otros capítulos de la CIE-10. En tales casos, y cuando se cumplan los criterios generales de demencia G1-G4, debe utilizarse esta categoría y la enfermedad o condición subyacente identificada añadiendo el código de la CIE-10, por ejemplo:

Demencia en:

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

F03 Demencia sin especificación

Esta categoría debe utilizarse cuando se cumplen los criterios generales de demencia (G1-G4), pero no es posible identificar uno de los tipos específicos (F00.0-F02.9).

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

Excluye: Demencia senil con delirium o síndrome confusional agudo (F05.1).
Senilidad sin especificación (R54).

F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicoactivas

Síndrome caracterizado por un deterioro marcado de la memoria reciente y remota, mientras que la memoria para hechos inmediatos está conservada. También está disminuida la capacidad para aprender cosas nuevas y desorientación en el tiempo. La fabulación puede ser un rasgo destacado, pero la percepción y otras funciones cognoscitivas, incluyendo la inteligencia, suelen estar conservadas. El pronóstico depende del curso de la lesión subyacente.

Psicosis o síndrome de Korsakov, no alcohólico.

Excluye: Amnesia:

- No especificada en otro lugar (R41.3).
- Anterógrada (R41.1).
- Disociativa (F44.0).
- Retrógrada (R41.2).

Síndrome de Korsakov:

- Inducido por alcohol o sin especificación (F10.6).
- Inducido por otras sustancias psicótropas (F11-F19 con el carácter 6 en común).

CDI-10

A. Alteración de la memoria, que se manifiesta por ambas características:

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



B. Ausencia de:

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

C. Hay pruebas objetivas (de la exploración física y neurológica, y de resultados de laboratorio) y/o antecedente de una injuria o enfermedad cerebral (en especial las que afectan bilateralmente a estructuras diencefálicas y temporales mediales, excluyendo la encefalopatía alcohólica) que puede considerarse razonablemente que son los responsables de las manifestaciones clínicas descritas en el criterio A.

Nota diagnóstica

Síntomas asociados, incluyendo fabulaciones, cambios emocionales (apatía, falta de iniciativa) y ausencia de introspección, son puntos adicionales útiles para el diagnóstico, pero no están presentes de forma invariable.

F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicoactivas

Síndrome orgánico cerebral de etiología no específica caracterizado por alteraciones concurrentes de la conciencia, la atención, la percepción, el pensamiento, la memoria, el comportamiento psicomotor, las emociones y el ciclo sueño-vigilia. La duración es variable y el grado de afectación varía de leve a muy grave.

Incluye: Agudo o subagudo:

- Síndrome cerebral.
- Síndrome confusional (no alcohólico).
- Síndrome psicoorgánico.
- Reacción orgánica.

Excluye: Delirium tremens inducido por alcohol o sin especificación (F10.4).**CDI-10**

- A. Obnubilación de la conciencia, es decir, claridad reducida de conocimiento del entorno, con una capacidad reducida para focalizar, sostener o cambiar la atención.
- B. Trastorno de la cognición que se manifiesta por ambos:
 1. Deterioro de la memoria inmediata y reciente, con la memoria remota relativamente intacta.
 2. Desorientación en tiempo, lugar o persona.



- C. Al menos una de las siguientes alteraciones psicomotrices:
 1. Cambios rápidos e impredecibles de hipo a hiperactividad.
 2. Incremento del tiempo de reacción.
 3. Incremento o disminución del flujo del discurso.
 4. Acentuación de las reacciones de sobresalto.
- D. Alteraciones en el ciclo sueño-vigilia, manifestado por al menos uno de los siguientes:
 1. Insomnio, que en casos graves puede implicar una pérdida completa del sueño, con o sin somnolencia diurna, o inversión del ciclo sueño-vigilia.
 2. Empeoramiento nocturno de los síntomas.
 3. Sueños desagradables o pesadillas, que pueden continuarse como alucinaciones o ilusiones tras despertarse.
- E. Los síntomas tienen un inicio rápido y muestran fluctuaciones en el transcurso del día.
- F. Hay pruebas objetivas en la historia clínica, exploración física y neurológica o resultados de laboratorio de una enfermedad cerebral o sistémica subyacente (otras que las relacionan con sustancias psicoactivas) que puede considerarse de forma razonable que sea la responsable de las manifestaciones clínicas de los criterios A-D.

Notas diagnósticas

Alteraciones emocionales, como depresión, ansiedad o temor, irritabilidad, euforia, apatía o perplejidad, alteraciones de la percepción (ilusiones o alucinaciones, a menudo visuales) e ideas delirantes transitorias, son típicas, pero no son indicaciones específicas para el diagnóstico.

Puede utilizarse un cuarto carácter para indicar cuándo el delirium se presenta o no superpuesto a demencia:

F05.0 Delirium no superpuesto a demencia

F05.1 Delirium superpuesto a demencia
--

Condiciones que cumplen los criterios anteriores, pero que se desarrollan en el curso de una demencia (F00-F03).

F05.8 Otro delirium no inducido por alcohol o droga
--

Delirium de origen mixto.

F05.9 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicoactivas sin especificación

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

Incluye una miscelánea de condiciones cuya causa se relaciona con trastornos cerebrales debidos a enfermedades cerebrales primarias, a enfermedades sistémicas que afectan secundariamente al cerebro, a sustancias tóxicas exógenas u hormonas, a trastornos endocrinos, o a otras enfermedades somáticas.

Excluye: Asociación con:

- Delirium (F05.-).
- Demencia, clasificada en F00-F03.

Estados resultantes del consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas (F10-F19).

CDI-10

- G1. Hay pruebas objetivas (de la exploración física y neurológica y resultados de laboratorio) y/o antecedentes de enfermedad, lesión o disfunción cerebral, o trastorno físico sistémico del que se sabe puede causar disfunción cerebral, incluyendo alteraciones hormonales (no relacionadas con el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas) y efectos de drogas no psicoactivas.
- G2. Hay una supuesta relación entre el desarrollo (o exacerbación marcada) de la enfermedad, lesión o disfunción subyacente y el trastorno mental, los síntomas del cual pueden tener un inicio inmediato o se pueden retrasar.
- G3. Recuperación o mejoría significativa del trastorno mental que sigue a la desaparición o mejoría de la supuesta causa subyacente.
- G4. Pruebas insuficientes para una causa alternativa del trastorno mental; por ejemplo, antecedentes familiares cargados de un trastorno clínicamente parecido o relacionado.

Si se cumplen los criterios G1, G2 y G4 está justificado un diagnóstico provisional; si, además, hay pruebas de G3, el diagnóstico puede darse por cierto.

Notas diagnósticas

Con los términos enfermedad, lesión o disfunción cerebral del criterio G1 no se busca incluir hallazgos marginales o no específicos, tales como una leve dilatación de los ventrículos cerebrales o grados menores de atrofia cortical, que sólo pueden detectarse con técnicas modernas de imagen, como la tomografía compu-

tarizada (TC) o la resonancia magnética (RMN). Lo mismo también se aplica a los denominados signos neurológicos “blandos” (*soft*).

Las categorías F06.0-F06.6 configuran una sección anómala dentro de esta clasificación, ya que van en contra de la norma de clasificación básica, por la que un síndrome clínico particular debe tener un solo lugar asignado para él en la clasificación. En algunos trastornos del Capítulo V se incluye la etiología como característica de su definición, pero sólo si el síndrome clínico es único para esa condición (por ejemplo, F43, Reacción a estrés agudo en los trastornos de adaptación). La razón de repetir los síndromes clínicos contemplados en F06.0-F06.6, pero relacionados aquí con una etiología orgánica, es el deseo de muchos clínicos de poder dejar constancia del conocimiento de la etiología en las, comparativamente, pocas ocasiones en la práctica que se dispone de él. El beneficio obtenido de forma aceptable, con la inclusión de un grupo anómalo, es probablemente mayor que las quejas de que la clasificación sea inconsistente.

F06.0 Alucinosis orgánica

Trastorno de alucinaciones persistentes o recurrentes, habitualmente visuales o auditivas, que se produce con una conciencia clara y el sujeto puede o no reconocer las alucinaciones como tales. Puede originarse una elaboración delirante de las alucinaciones, pero las ideas delirantes no dominan el cuadro clínico; la capacidad de introspección (*indight*) puede estar conservada.

Estado alucinatorio orgánico (no alcohólico).

Excluye: Alucinosis alcohólica (F10.5).
Esquizofrenia (F20.-).

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de F06.
- B. Las alucinaciones persistentes o recurrentes (habitualmente auditivas o visuales) dominan el cuadro clínico.
- C. Las alucinaciones se producen con un estado de claridad de la conciencia.

Nota diagnóstica

Puede o no presentarse una elaboración delirante de las alucinaciones, así como una capacidad de introspección (*insight*) completa o parcial. Estas características no son esenciales para el diagnóstico.

F06.1 Trastorno catatónico orgánico

Trastorno de disminución (estupor) o aumento (agitación) de la actividad psicomotriz que se asocia a síntomas catatónicos. Los extremos de la alteración psicomotriz pueden alternarse.

Excluye: Esquizofrenia catatónica (F20.2).
 Estupor sin especificación (R40.1).
 Estupor disociativo (F44.2).

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de F06.
- B. Presencia de uno de los siguientes:
 - 1. Estupor, es decir, disminución profunda o ausencia de movimientos voluntarios y habla, y de la respuesta normal a la luz, al ruido y al tacto, pero se mantiene un tono muscular normal, la postura estática y los movimientos respiratorios (a menudo con limitación de los movimientos oculares coordinados).
 - 2. Negativismo (resistencia activa a los movimientos pasivos de los miembros o del cuerpo, o posturas rígidas mantenidas).
- C. Presencia de agitación catatónica (gran inquietud de aspecto caótico con o sin tendencia a la agresividad).
- D. Hay una alternancia rápida e impredecible de estupor y agitación.

Nota diagnóstica

La seguridad en el diagnóstico aumenta si se presentan fenómenos catatónicos adicionales; por ejemplo, estereotipias, flexibilidad cérica y actos impulsivos. Se debe tener cuidado en excluir la presencia de delirium; no obstante, no se sabe hoy día si los estados catatónicos orgánicos se producen siempre con claridad de conciencia o, por el contrario, representan una manifestación atípica de delirium en el que los criterios A, B y D se cumplirían sólo marginalmente y sería prominente el criterio C.

F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico

Trastorno en el que las ideas delirantes persistentes o recurrentes dominan el cuadro clínico. Las ideas delirantes pueden acompañarse de alucinaciones. Pueden presentarse algunos rasgos sugestivos de esquizofrenia, tales como alucinaciones extrañas o trastornos del pensamiento.

Estados orgánicos paranoides o alucinatorio-paranoides.
 Psicosis esquizofreniforme de la epilepsia.

Excluye: Trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23.-).
 Trastorno de ideas delirantes persistentes (F22.-).
 Esquizofrenia (F20.-).
 Trastorno psicótico inducido por sustancias psicoactivas (F11-F19) (con el cuarto carácter común .5).

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de F06.
- B. En el cuadro clínico dominan ideas delirantes (de persecución, de transformación corporal, de enfermedad, de muerte, de celos) que pueden mostrar grados variables de sistematización.
- C. La conciencia es clara y la memoria está intacta.

Notas diagnósticas

Otros rasgos que completan el cuadro clínico, pero que no están invariablemente presentes, incluyen alucinaciones (de cualquier modalidad), trastornos del pensamiento de tipo esquizofrénico y fenómenos catatónicos aislados, tales como estereotipias, negativismo o actos impulsivos.

El cuadro clínico puede cumplir los criterios sintomáticos de esquizofrenia (F20.0-F20.3), del trastorno de ideas delirantes persistentes (F22) o de trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23). Sin embargo, el trastorno debe clasificarse aquí si también cumple los criterios generales establecidos en la introducción de F06 para una supuesta etiología orgánica. Las notas diagnósticas sobre el criterio G1 (página 39) son particularmente importantes cuando se considere este diagnóstico.

F06.3 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos

Trastornos caracterizados por un cambio en el humor o la afectividad, generalmente acompañado por un cambio en el nivel global de actividad —depresivo, hipomaniaco, maniaco o bipolar (ver F30-F32)—, pero que se desencadena como consecuencia de un trastorno orgánico.

Excluye: Trastornos del humor (afectivos), no orgánicos o sin especificación (F30-F39).

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de F06.
- B. El cuadro clínico debe cumplir criterios de alguno de los trastornos del humor (afectivos) establecidos en F30-F32.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar el tipo de trastorno afectivo:

- F06.30 Trastorno maniaco orgánico.
- F06.31 Trastorno bipolar orgánico.
- F06.32 Trastorno depresivo orgánico.
- F06.33 Trastorno del humor (afectivo) mixto orgánico.

F06.4 Trastorno de ansiedad orgánica

Trastorno caracterizado por los rasgos esenciales y descriptivos del trastorno de ansiedad generalizada (F41.1), del trastorno de pánico (F41.0) o de una combinación de ambos, pero que se desencadena como consecuencia de un trastorno orgánico.

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

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de F06.
- B. El cuadro clínico debe cumplir criterios de F41.0 y/o F41.1.

F06.5 Trastorno disociativo orgánico

Trastorno que se caracteriza por una pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y del control de los movimientos corporales (ver F44.-), pero que se desencadena como consecuencia de un trastorno orgánico.

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

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de F06.
- B. El cuadro clínico debe cumplir criterios de alguna de las subcategorías en F44.0-F44.8.

F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico

Trastorno caracterizado por incontinencia o labilidad emocionales, fatigabilidad, una variedad de sensaciones físicas desagradables (por ejemplo, mareo) y dolores, pero que se desencadena como consecuencia de un trastorno orgánico.

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

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de F06.



- B. El cuadro clínico está dominado por labilidad emocional (expresión de las emociones incontroladas, inestable y fluctuante).
- C. Presencia de una variedad de sensaciones físicas desagradables, tales como mareos o dolores y molestias.

F06.7 Trastorno cognoscitivo leve

Trastorno que se caracteriza por deterioro de la memoria, dificultades en el aprendizaje y una capacidad reducida para concentrarse en tareas, más que por breves períodos. A menudo hay una sensación marcada de fatiga mental cuando se intenta llevar a cabo actividades mentales, y se encuentra subjetivamente dificultoso el aprendizaje de cosas nuevas, incluso cuando éste es objetivamente imprescindible. Ninguno de estos síntomas es lo suficientemente grave como para que pueda diagnosticarse el cuadro clínico de demencia (F00-F03) o delirium (F05.-). Este diagnóstico sólo debe hacerse en asociación a un trastorno físico específico, y no debe realizarse ante la presencia de cualquiera de los trastornos mentales o del comportamiento clasificados en F10-F99. El trastorno puede preceder, acompañar o suceder a una amplia variedad de infecciones y trastornos físicos, tanto cerebrales como sistémicos, pero no necesariamente hay pruebas directas de implicación cerebral. Se puede diferenciar del síndrome postencefálico (F07.1) y del síndrome postconmocional (F07.2) por la etiología diferente, por el rango más restringido de síntomas generalmente leves y porque su duración suele ser más corta.

Nota especial: La situación de este constructo está siendo examinada. Los criterios especiales de investigación deben contemplarse como provisionales. Una razón fundamental de su inclusión es conseguir más pruebas que permitan su distinción de otros trastornos, tales como demencia (F00-F03), síndrome amnésico orgánico (F04), delirium (F05.-) y varios trastornos en F07.-

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de F06.
- B. Trastorno en la función cognoscitiva durante la mayor parte del tiempo en un período de al menos dos semanas, referido por el propio individuo o por un informador fiable. El trastorno se manifiesta por dificultades en alguna de las siguientes áreas:
 - 1. Memoria (en particular recordar) o aprendizaje nuevo.
 - 2. Atención o concentración.
 - 3. Pensamiento (por ejemplo, enlentecimiento en la resolución de problemas en la abstracción).
 - 4. Lenguaje (por ejemplo, comprensión, búsqueda de palabras).
 - 5. Funcionamiento visoespacial.
- C. Anormalidad o disminución de la capacidad cognoscitiva en valoraciones cuantificadas (por ejemplo, tests neuropsicológicos o examen del estado mental).
- D. Ninguna de las dificultades enumeradas en el criterio B (1)-(5) es tal que pueda hacerse un diagnóstico de demencia (F00-F03), síndrome amnésico →

sico orgánico (F04), delirium (F05), síndrome postencefalítico (F07.1), síndrome postconmocional (F07.2) u otro deterioro cognoscitivo persistente debido al consumo de sustancias psicoactivas (F1x.74).

Notas diagnósticas

Si se cumple el criterio G1 de F06 por la presencia de una disfunción del sistema nervioso central, normalmente se supone que esta es la causa del trastorno cognoscitivo leve. Si el criterio G1 se cumple por la presencia de un trastorno físico sistémico, no suele estar justificado asumir que hay una relación causal directa. Sin embargo, puede ser útil hacer constar la presencia del trastorno físico sistémico como “asociado”, sin que esto implique necesariamente que sea el causante del trastorno cognoscitivo leve. Para esto puede utilizarse un quinto carácter adicional:

F06.70 No asociado con trastorno físico sistémico.

F06.71 Asociado con un trastorno físico sistémico.

El trastorno físico sistémico debe registrarse de forma separada con su propio código en la CIE-10.

F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática

Psicosis epiléptica sin especificación.

Ejemplos de esta categoría son estados de ánimo transitorios y levemente anormales que se producen durante el tratamiento con esteroides o antidepresivos, pero que no cumplen criterios de trastorno del humor (afectivo) orgánico (F06.3).

F06.9 Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación

Síndrome cerebral orgánico sin especificación.

Trastorno mental orgánico sin especificación.

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

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

CDI-10

- G1. Debe haber pruebas objetivas (de la exploración física y neurológica, y de resultados de laboratorio) y/o antecedente de enfermedad, lesión o disfunción cerebral.



- G2. No hay obnubilación de la conciencia ni un déficit significativo de memoria.
- G3. No hay suficientes pruebas de una causa alternativa del trastorno de la personalidad o del comportamiento que justifique su emplazamiento en F60-F69.

F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad

Trastorno que se caracteriza por una alteración significativa del patrón habitual de comportamiento que mostraba el sujeto premórbidamente, y que implica la expresión emocional de necesidades e impulsos. También pueden formar parte del cuadro clínico un deterioro de las funciones cognitivas y del pensamiento y alteraciones de la sexualidad.

Personalidad orgánica pseudopsicopática.

Personalidad orgánica seudorretrasada.

Síndrome del lóbulo frontal.

Trastorno de personalidad de la epilepsia límbica.

Síndrome postlobotomía.

Síndrome postleucotomía.

Excluye: Transformación persistente de la personalidad tras:

- Experiencia catastrófica (F62.0).
- Enfermedad psiquiátrica (F62.1).

Síndrome postconmocional (F07.2).

Síndrome postencefálico (F07.1).

Trastorno específico de personalidad (F60.-).

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de F07.
- B. Al menos tres de las siguientes características deben estar presentes durante un período de seis o más meses:
1. Capacidad constantemente reducida de mantenerse en actividades dirigidas a un fin, en especial aquellas que implican períodos relativamente largos de tiempo y gratificaciones mediatas.
 2. Uno o más de los siguientes cambios emocionales: a) labilidad emocional (expresión emocional incontrolada, inestable y fluctuante); b) euforia y jocosidad superficial e inapropiada, injustificadas por las circunstancias; c) irritabilidad y/o arrebatos de ira y agresividad; d) apatía.
 3. Desinhibición en la expresión de necesidades o impulsos, sin considerar las consecuencias o las convenciones sociales (el sujeto puede llevar a cabo actos antisociales tales como robos, insinuaciones sexuales inapropiadas, comer vorazmente o mostrar una indiferencia extrema por la higiene personal).

4. Alteraciones cognoscitivas, típicamente en forma de: a) suspicacia excesiva e ideas paranoides; b) preocupación excesiva por un tema particular, como la religión, o categorizaciones rígidas de la conducta de otras personas, en términos de “buenas” o “malas”.
5. Alteración marcada del ritmo y flujo del lenguaje, con rasgos tales como circunstancialidad, “sobreinclusividad”, pegajosidad e hipergrafía.
6. Alteración del comportamiento sexual (disminución de la sexualidad o cambio del objeto de preferencia sexual).

Especificación de los rasgos de posibles subtipos

Opción 1: Se piensa que un predominio de los síntomas del criterio 1 y 2.d definen un tipo seudorretrasado o apático; el predominio de 1, 2.c y 3 se considera un tipo seudopsicopático, y la combinación de 4, 5 y 6 se contempla como característico del trastorno de personalidad de la epilepsia límbica. Ninguna de estas entidades ha sido todavía suficientemente validada para justificar una descripción por separado.

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

F07.1 Síndrome postencefáltico

Cambio del comportamiento residual, no específico y variable que se produce tras la recuperación de una encefalitis vírica o bacteriana. La principal diferencia de este trastorno con los trastornos orgánicos de la personalidad es que éste es reversible.

Excluye: Trastorno orgánico de la personalidad (F07.0).

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de F07.
- B. Al menos una de las siguientes disfunciones neurológicas residuales debe estar presente:
 1. Parálisis.
 2. Sordera.
 3. Afasia.
 4. Apraxia constructiva.
 5. Acalculia.
- C. El síndrome es reversible y su duración raramente excede los 24 meses.

Notas diagnósticas

El criterio C constituye la principal diferencia entre este trastorno y el trastorno orgánico de la personalidad (F07.0).

Los síntomas residuales y el cambio del comportamiento que se producen tras una encefalitis viral o bacteriana no son específicos y no proporcionan bases suficientes para un diagnóstico clínico. Éstos pueden incluir malestar general, apatía o irritabilidad; cierta disminución del funcionamiento cognoscitivo (dificultades para aprender); trastornos del ciclo sueño-vigilia, o un comportamiento sexual alterado.

F07.2 Síndrome postconmocional

Este síndrome se presenta normalmente después de un traumatismo craneal, por lo general con suficiente gravedad como para producir una pérdida de conciencia. En él se incluye un gran número de síntomas dispares, tales como cefaleas, mareos, cansancio, irritabilidad, dificultades de concentración y de la capacidad de llevar a cabo tareas intelectuales, deterioro de la memoria, insomnio y disminución de la tolerancia al estrés, a excitaciones emocionales o al alcohol.

Síndrome (encefalopatía) postconmocional.

Síndrome cerebral post-traumático no psicótico.

Nota: La situación nosológica de este síndrome es incierta, y el criterio G1 de la introducción de este apartado (página 45) no siempre es determinable. No obstante, se recomiendan los siguientes criterios para los que estén llevando a cabo investigaciones sobre este cuadro.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de F07.
- B. Debe existir el antecedente de traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia que precede al inicio de los síntomas en un período superior de hasta cuatro semanas (el EEG, las técnicas de neuroimagen o la oculonistagmografía pueden no aportar pruebas objetivas de lesión cerebral).
- C. Al menos tres de los siguientes rasgos deben estar presentes:
 1. Quejas de sensaciones molestas y dolores, tales como cefalea, mareo (normalmente sin las características del vértigo verdadero), malestar general y cansancio excesivo e intolerancia al ruido.
 2. Cambios emocionales, tales como irritabilidad y labilidad emocional, ambos fácilmente provocables o exacerbables en situaciones de estrés o tensión emocional, o cierto grado de depresión y/o ansiedad.
 3. Quejas subjetivas de dificultad de concentración y para llevar a cabo tareas intelectuales, y de problemas de memoria (sin pruebas objetivas claras de un deterioro marcado, por ejemplo, en los tests psicológicos).



4. Insomnio.
5. Disminución de la tolerancia al alcohol.
6. Preocupación por los síntomas anteriores y temor por una lesión cerebral permanente, hasta el extremo de ideas sobrevaloradas hipochondríacas y la adopción de un papel de enfermo.

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

Trastorno afectivo orgánico por lesión del hemisferio derecho.

Las enfermedades, lesiones o disfunciones cerebrales pueden producir muy diversos trastornos cognoscitivos, emocionales, de la personalidad y del comportamiento, y no todos ellos son clasificables en los apartados anteriores (F07.0-F07.2). No obstante, puesto que el lugar de estos síndromes en la nosología es inseguro, deben clasificarse como "otros". Si es necesario, puede añadirse un quinto carácter para identificar presuntas entidades individuales.

F07.9 Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificación

Síndrome psicoorgánico.

F09 Trastornos mentales orgánicos o sintomáticos sin especificación

Esta categoría debe utilizarse sólo para codificar trastornos mentales con una etiología orgánica conocida.

Psicosis orgánica, no especificada en otro lugar.

Psicosis sintomática, no especificada en otro lugar.

Excluye: Psicosis no orgánica sin especificación (F29).

F10-F19

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas

Esta sección incluye una amplia variedad de trastornos que difieren en gravedad y forma clínica, pero todos son atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas que pueden ser o no de prescripción médica. El tercer carácter del código identifica la sustancia involucrada, y el cuarto, el estado clínico. Los códigos deben utilizarse, cuando sea preciso, para cada sustancia específica, pero debe advertirse que no todos los estados codificados con el cuarto carácter son aplicables a todas las sustancias.

La identificación de la sustancia psicoactiva debe hacerse con todas las fuentes de información posibles. Esto incluye la información que aporta el propio paciente, análisis de sangre y de otros fluidos corporales, características físicas y síntomas psicológicos, signos clínicos y comportamiento, y otros datos como la posesión de sustancias del paciente o información aportada por terceras personas. Muchos adictos a sustancias psicoactivas consumen más de una sustancia. Cuando sea posible, el diagnóstico principal debe realizarse de acuerdo con la sustancia o tipo de sustancia que haya causado o haya contribuido más al síndrome clínico que presenta el paciente. Deben codificarse otros diagnósticos cuando se han ingerido otras sustancias psicoactivas en el transcurso de una intoxicación (cuarto carácter común .0), o en la medida que exista un consumo perjudicial (cuarto carácter común .1), dependencia (cuarto carácter común .2) u otros trastornos (cuarto carácter común .3-9).

El diagnóstico de *trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples sustancias psicoactivas* (F19) sólo debe realizarse en los casos en que el patrón de consumo de sustancias psicoactivas sea caótico e indiscriminado, o cuando la contribución de diferentes sustancias psicoactivas sea mixta de forma inextricable.

Excluye: Abuso de sustancias que no producen dependencia (F55).

F10.~ Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol

(Ver páginas 52-54, 60-63, 65-69 para las subdivisiones.)

F11.~ Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides

(Ver páginas 52-53, 54, 60-63, 65-69 para las subdivisiones.)

F12.~ Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides

(Ver páginas 52-53, 55, 60-63, 65-69 para las subdivisiones.)

F13.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos

(Ver páginas 52-53, 55-56, 60-62, 63-64, 65-69 para las subdivisiones.)

F14.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína

(Ver páginas 52-53, 56-57, 60-62, 64, 65-69 para las subdivisiones.)

F15.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (Incluyendo cafeína)

(Ver páginas 52-53, 57, 60-62, 64, 65-69 para las subdivisiones.)

F16.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos

(Ver páginas 52, 53, 58, 60-62, 65-69 para las subdivisiones.)

F17.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco

(Ver páginas 52-53, 58-59, 60-62, 65-69 para las subdivisiones.)

F18.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles

(Ver páginas 52-53, 59, 60-62, 65-69 para las subdivisiones.)

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

(Ver páginas 52-53, 59-62, 65-69 para las subdivisiones.)

Esta categoría debe utilizarse cuando se sabe que dos o más sustancias están implicadas, pero es imposible valorar cuál de ellas está contribuyendo más al trastorno. También debe utilizarse cuando alguna, o incluso todas las sustancias psicoactivas consumidas, es incierta o desconocida. A menudo, los propios consumidores de múltiples drogas no conocen con detalle qué están tomando.

Incluye: Abuso de sustancias no especificado en otro lugar.

Las siguientes subdivisiones del cuarto carácter (tercer dígito) son para utilizarlas con las categorías F10-F19.

F1x.0 Intoxicación aguda

Estado consecutivo a la administración de una sustancia psicoactiva, que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras respuestas y funciones psicofisiológicas. Las alteraciones están directamente relacionadas con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y se resuelven con el tiempo y con recuperación completa, salvo si el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Las complicaciones pueden ser traumatismos, aspiración del vómito, delirium, coma, convulsiones u otras complicaciones médicas. La naturaleza de estas complicaciones depende del tipo farmacológico de la sustancia y del modo de administración.

Embriaguez aguda en alcoholismo

“Mal viaje” (debido a drogas alucinógenas)

Embriaguez sin especificación

Trastorno de trance o posesión en estado de intoxicación por sustancia psicoactiva

CDI-10

- G1. Debe haber evidencia clara de consumo reciente de una sustancia psicoactiva (o sustancias) en dosis lo suficientemente elevadas como para poder dar lugar a una intoxicación.
- G2. Debe haber síntomas o signos de intoxicación compatibles con el efecto de una sustancia en particular (o sustancias), como se especifica más adelante, y de la suficiente gravedad como para producir alteraciones en el nivel de conciencia, la cognición, la percepción, el estado afectivo o el comportamiento de modo clínicamente relevante.
- G3. Los síntomas o signos no pueden ser explicados por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de la sustancia, ni por otro trastorno mental o del comportamiento.

La intoxicación aguda ocurre frecuentemente en personas que, además, presentan otros problemas relacionados con el consumo de alcohol o drogas. Cuando existen tales problemas, por ejemplo, consumo perjudicial (F1x.1), síndrome de dependencia (F1x.2) o trastorno psicótico (F1x.5), también deben ser registrados.

Puede utilizarse un quinto carácter, codificado a continuación, para indicar cuándo la intoxicación aguda se asocia con alguna complicación:

- F1x.00 Síntomas de gravedad variable no complicados, normalmente dosis dependiente.
- F1x.01 Con traumatismo u otra lesión corporal.
- F1x.02 Con otras complicaciones médicas (por ejemplo, hematemesis, aspiración del vómito).



- Flx.03 Con delirium.
- Flx.04 Con distorsiones de la percepción.
- Flx.05 Con coma.
- Flx.06 Con convulsiones.
- Flx.07 Intoxicación patológica (sólo aplicable al alcohol).

F10.0 Intoxicación aguda debida al consumo de alcohol

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda (Flx.0).
- B. Debe existir un comportamiento alterado que se manifiesta por al menos uno de los siguientes:
 - 1. Desinhibición.
 - 2. Beligerancia verbal.
 - 3. Agresividad.
 - 4. Labilidad del humor.
 - 5. Deterioro de la atención.
 - 6. Juicio alterado.
 - 7. Interferencia en el funcionamiento personal.
- C. Debe estar presente al menos uno de los siguientes signos:
 - 1. Marcha inestable.
 - 2. Dificultad para mantenerse en pie.
 - 3. Habla disártrica (farfullante).
 - 4. Nistagmo.
 - 5. Disminución del nivel de conciencia (por ejemplo, estupor, coma).
 - 6. Enrojecimiento facial.
 - 7. Inyección conjuntival.

Nota diagnóstica

Cuando la intoxicación alcohólica aguda es severa puede acompañarse de hipotensión, hipotermia y depresión del reflejo de ahogamiento. Si se desea, pueden especificarse los niveles de alcohol en sangre utilizando los códigos de la CIE-10 Y90.0-Y90.8. El código Y91.- puede utilizarse para especificar la gravedad de la intoxicación cuando no se dispone de los niveles en sangre de alcohol.

F10.7 Intoxicación patológica

Nota: El estado de esta categoría está siendo estudiado. Estos criterios de investigación deben considerarse como provisionales.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0), con la excepción de que la intoxicación patológica se produzca después de haber bebido cantidades de alcohol insuficientes para causar intoxicación en la mayoría de las personas.
- B. Presencia de agresividad verbal o comportamiento violento que no es habitual cuando la persona está sobria.
- C. La intoxicación se produce muy pronto (normalmente en pocos minutos) tras el consumo de alcohol.
- D. No hay evidencia de un trastorno orgánico cerebral u otros trastornos mentales.

Nota diagnóstica

Es un cuadro poco habitual. Los niveles de alcohol en sangre hallados en este trastorno son inferiores a los que causarían una intoxicación aguda en la mayoría de las personas, es decir, inferiores a 40 mg/100 ml.

F11.0 Intoxicación aguda debido al consumo de opioides

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0).
- B. Debe existir un comportamiento alterado que se manifiesta por al menos uno de los siguientes:
 - 1. Apatía y sedación.
 - 2. Desinhibición.
 - 3. Enlentecimiento psicomotor.
 - 4. Deterioro de la atención.
 - 5. Juicio alterado.
 - 6. Interferencia en el funcionamiento personal.
- C. Debe estar presente al menos uno de los siguientes signos:
 - 1. Somnolencia.
 - 2. Habla farfullante.
 - 3. Contracción pupilar (excepto en casos de anoxia por sobredosis grave, que se produce dilatación pupilar).
 - 4. Disminución del nivel de conciencia (por ejemplo, estupor, coma).

Nota diagnóstica

Cuando la intoxicación aguda por opioides es grave, puede acompañarse de depresión respiratoria (e hipoxia) e hipotermia.

F12.0 Intoxicación aguda debida al consumo de cannabinoides

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0).
- B. Debe existir un comportamiento alterado a anomalías perceptivas, incluyendo alguno de los siguientes:
 - 1. Euforia y desinhibición.
 - 2. Ansiedad o agitación.
 - 3. Susplicia o ideación paranoide.
 - 4. Enlentecimiento temporal (sensación de que el tiempo pasa muy lentamente y/o la persona experimente un flujo rápido de ideas).
 - 5. Juicio alterado.
 - 6. Deterioro de la atención.
 - 7. Deterioro del tiempo de reacción.
 - 8. Ilusiones auditivas, visuales o táctiles.
 - 9. Alucinaciones, con la orientación conservada.
 - 10. Despersonalización.
 - 11. Desrealización.
 - 12. Interferencia en el funcionamiento personal.
- C. Debe estar presente al menos uno de los siguientes signos:
 - 1. Aumento del apetito.
 - 2. Boca seca.
 - 3. Inyección conjuntival.
 - 4. Taquicardia.

F13.0 Intoxicación aguda debida al consumo de sedantes o hipnóticos

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0).
- B. Debe existir comportamiento alterado que se manifiesta por, al menos, uno de los siguientes:
 - (1) Euforia.
 - (2) Apatía o sedación.
 - (3) Actitud abusiva o agresividad.
 - (4) Labilidad del humor.
 - (5) Deterioro de la atención.
 - (6) Amnesia anterógrada.
 - (7) Rendimiento psicomotor alterado.
 - (8) Interferencia en el funcionamiento personal.



- C. Debe estar presente al menos uno de los siguientes signos:
1. Marcha inestable.
 2. Dificultad para mantenerse de pie.
 3. Habla farfullante.
 4. Nistagmo.
 5. Disminución del nivel de conciencia (por ejemplo, estupor, coma).
 6. Ampollas o lesiones eritematosas en la piel.

Nota diagnóstica

Cuando la intoxicación aguda por sedantes o hipnóticos es grave, puede acompañarse de hipotensión, hipotermia y depresión de los reflejos de ahogamiento.

F14.0 Intoxicación aguda debida al consumo de cocaína

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0).
- B. Debe existir un comportamiento alterado o anomalías perceptivas que incluyan alguno de los siguientes:
1. Euforia y sensación de aumento de energía.
 2. Hipervigilancia.
 3. Creencias o actos de grandiosidad.
 4. Actitud abusiva o agresividad.
 5. Beligerancia verbal.
 6. Labilidad del humor.
 7. Conductas repetitivas estereotipadas.
 8. Ilusiones auditivas, visuales o táctiles.
 9. Alucinaciones, normalmente con la orientación conservada.
 10. Ideación paranoide.
 11. Interferencia en el funcionamiento personal.
- C. Deben estar presentes al menos dos de los siguientes signos:
1. Taquicardia (a veces bradicardia).
 2. Arritmias cardíacas.
 3. Hipertensión (a veces hipotensión).
 4. Sudoración y escalofríos.
 5. Náuseas y vómitos.
 6. Pruebas de pérdida de peso.
 7. Dilatación pupilar.
 8. Agitación psicomotriz (a veces enlentecimiento).
 9. Debilidad muscular.
 10. Dolor torácico.
 11. Convulsiones.

Nota diagnóstica

En los consumidores de cocaína, la interferencia en el funcionamiento personal se manifiesta tempranamente en las interacciones sociales y varía de la sociabilidad extrema al aislamiento social.

F15.0 Intoxicación aguda debida al consumo de otros estimulantes, incluyendo la cafeína

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0).
- B. Debe existir un comportamiento alterado o anormalidades perceptivas, como se manifiesta por al menos uno de los siguientes:
 - 1. Euforia y sensación de aumento de energía.
 - 2. Hipervigilancia.
 - 3. Creencias o actos de grandiosidad.
 - 4. Actitud abusiva o agresividad.
 - 5. Beligerancia verbal.
 - 6. Labilidad del humor.
 - 7. Conductas repetitivas estereotipadas.
 - 8. Ilusiones auditivas, visuales o táctiles.
 - 9. Alucinaciones, normalmente con la orientación conservada.
 - 10. Ideación paranoide.
 - 11. Interferencia en el funcionamiento personal.
- C. Deben estar presentes al menos dos de los siguientes signos:
 - 1. Taquicardia (a veces bradicardia).
 - 2. Arritmias cardíacas.
 - 3. Hipertensión (a veces hipotensión).
 - 4. Sudoración y escalofríos.
 - 5. Náuseas y vómitos.
 - 6. Pruebas de pérdida de peso.
 - 7. Dilatación pupilar.
 - 8. Agitación psicomotriz (a veces enlentecimiento).
 - 9. Debilidad muscular.
 - 10. Dolor torácico.
 - 11. Convulsiones.

Nota diagnóstica

En los consumidores de este tipo de sustancias, la interferencia en el funcionamiento personal se manifiesta tempranamente en las interacciones sociales y varía de la sociabilidad extrema al aislamiento social.

F16.0 Intoxicación aguda debida al consumo de alucinógenos

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0).
- B. Debe existir un comportamiento alterado o anormalidades perceptivas, como se manifiesta por al menos uno de los siguientes:
 - 1. Ansiedad y temor.
 - 2. Ilusiones o alucinaciones auditivas, visuales o táctiles, que aparecen en pleno estado de vigilia y alerta.
 - 3. Despersonalización.
 - 4. Desrealización.
 - 5. Ideación paranoide.
 - 6. Ideas de referencia.
 - 7. Labilidad del humor.
 - 8. Hiperactividad.
 - 9. Actos impulsivos.
 - 10. Deterioro de la atención.
 - 11. Interferencia en el funcionamiento personal.
- C. Deben estar presentes al menos dos de los siguientes signos:
 - 1. Taquicardia.
 - 2. Palpitaciones.
 - 3. Sudoración y escalofríos.
 - 4. Temblor.
 - 5. Visión borrosa.
 - 6. Dilatación pupilar.
 - 7. Incoordinación.

F17.0 Intoxicación aguda debida al consumo de tabaco (intoxicación aguda por nicotina)

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0).
- B. Debe existir un comportamiento alterado o anormalidades perceptivas, como se manifiesta por al menos uno de los siguientes:
 - 1. Insomnio.
 - 2. Sueños extraños.
 - 3. Labilidad del humor.
 - 4. Desrealización.
 - 5. Interferencia en el funcionamiento personal.



C. Debe estar presente al menos uno de los siguientes signos:

1. Náuseas o vómitos.
2. Sudoración.
3. Taquicardia.
4. Arritmias cardíacas.

F18.0 Intoxicación aguda debida al consumo de disolventes volátiles

CDI-10

A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0).

B. Debe existir un comportamiento alterado que se manifiesta por al menos uno de los siguientes:

1. Apatía o letargo.
2. Beligerancia verbal.
3. Actitud abusiva o agresividad.
4. Labilidad del humor.
5. Juicio alterado.
6. Alteraciones de la atención y de la memoria.
7. Retardo psicomotor.
8. Interferencia en el funcionamiento personal.

C. Debe estar presente al menos uno de los siguientes signos:

1. Marcha inestable.
2. Dificultad para mantenerse de pie.
3. Habla farfullante.
4. Nistagmo.
5. Disminución del nivel de conciencia (por ejemplo, estupor, coma).
6. Debilidad muscular.
7. Visión borrosa o diplopia.

Nota diagnóstica

La intoxicación aguda por inhalación de sustancias distintas a los disolventes también debe codificarse aquí. Cuando la intoxicación aguda por disolventes volátiles es grave puede acompañarse de hipotensión, hipotermia y depresión de los reflejos de ahogamiento.

F19.0 Intoxicación aguda debido al consumo de múltiples sustancias o de otras sustancias psicoactivas

Esta categoría debe utilizarse cuando hay pruebas de intoxicación aguda debida al consumo reciente de otras sustancias psicoactivas (por ejemplo, fenciclid-

na) o de múltiples sustancias psicoactivas entre las que no se sabe con certeza qué sustancia predomina.

Flx.1 Consumo perjudicial

Forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicoactivas por vía parenteral) o mental (por ejemplo, episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol).

Abuso de sustancias psicoactivas.

CDI-10

- A. Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado (o contribuido sustancialmente a) un daño físico o psicológico, incluido el deterioro de la capacidad de juicio o alteraciones del comportamiento.
- B. La naturaleza del daño debe ser claramente identificable (y especificada).
- C. La forma de consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado reiteradas veces en un período de doce meses.
- D. El trastorno no cumple criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con la misma sustancia en el mismo período de tiempo (excepto para la intoxicación aguda Flx.0).

Flx.2 Síndrome de dependencia

Un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo reiterado de una sustancia y que, típicamente, incluye deseo intenso de consumir la droga; dificultades para controlar el consumo; persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias dañinas; mayor prioridad dada al consumo que a otras actividades y obligaciones; aumento de la tolerancia y, a veces, un cuadro de abstinencia física.

El síndrome de dependencia puede presentarse para una sustancia psicoactiva específica (por ejemplo, tabaco, alcohol o diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un amplio rango de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes.

Alcoholismo crónico.
Dipsomanía.
Adicción a drogas.

CDI-10

A. Deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o, si persisten durante períodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces y simultáneamente en un período de 12 meses:

1. Un deseo intenso o sensación de compulsión a consumir la sustancia.
2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas, como se prueba por: consumo frecuente de cantidades mayores o durante más tiempo del que se pretende, o deseo persistente o esfuerzos sin éxito de reducir o controlar el consumo.
3. Un cuadro fisiológico de abstinencia (ver Flx.3 y Flx.4) cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, como se prueba por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o por el consumo de la misma (o alguna parecida) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Pruebas de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de la sustancia para conseguir intoxicarse o el efecto deseado, o marcada disminución del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.
5. Preocupación por el consumo de la sustancia, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa del consumo de la sustancia; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la sustancia.
6. Consumo persistente de la sustancia a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales (ver Flx.1), que se evidencia por el consumo continuado cuando el individuo tiene en realidad conocimiento, o puede suponerse que lo tiene, de la naturaleza y amplitud del daño.

El diagnóstico de síndrome de dependencia puede especificarse más con los siguientes códigos, de un quinto y sexto carácter:

- Flx.20 En la actualidad en abstinencia
 - Flx.200 Remisión temprana
 - Flx.201 Remisión parcial
 - Flx.202 Remisión completa
- Flx.21 En la actualidad en abstinencia, pero en un medio protegido (por ejemplo, hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).
- Flx.22 En la actualidad en un régimen clínico supervisado de mantenimiento o sustitución (dependencia controlada). (Por ejemplo, con metadona, parche o chicle de nicotina).
- Flx.23 En la actualidad en abstinencia, pero en tratamiento con sustancias aversivas o bloqueadoras (por ejemplo, disulfiram o naltrexona).
- Flx.24 Consumo actual de la sustancia (dependencia activa).
 - Flx.240 Sin síntomas físicos
 - Flx.241 Con síntomas físicos

Si se desea, el curso de la dependencia puede especificarse más como sigue:

- Flx.25 Con consumo continuo
- Flx.26 Con consumo episódico (dipsomanía)

F1x.3 Síndrome de abstinencia

Grupo de síntomas, variables en clasificación y gravedad, que se producen con el abandono completo o parcial de una sustancia psicoactiva tras un consumo persistente de la misma. El inicio y curso del síndrome de abstinencia es limitado en el tiempo y está relacionado con el tipo de sustancia psicoactiva y dosis consumida inmediatamente antes del cese o reducción del consumo. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

CDI-10

- G1. Debe haber pruebas claras de un cese o reducción del consumo de la sustancia después de un repetido, y habitualmente prolongado y/o a altas dosis, consumo de dicha sustancia.
- G2. Los síntomas y signos son compatibles con las características conocidas del síndrome de abstinencia de una sustancia o sustancias concretas (ver más adelante).
- G3. Los síntomas y signos no se justifican por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de la sustancia, ni tampoco por otro trastorno mental o del comportamiento.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia puede especificarse más utilizando los siguientes códigos para el quinto carácter:

- F1x.30 No complicado.
- F1x.31 Con convulsiones.

F10.3 Síndrome de abstinencia al alcohol

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales del síndrome de abstinencia (F1x.3).
- B. Tres de los siguientes signos deben estar presentes:
 - 1. Temblor de la lengua, párpados o de la manos extendidas.
 - 2. Sudoración.
 - 3. Náuseas, arcadas o vómitos.
 - 4. Taquicardia o hipertensión.
 - 5. Agitación psicomotriz.
 - 6. Cefalea.
 - 7. Insomnio.
 - 8. Malestar o debilidad.
 - 9. Ilusiones o alucinaciones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
 - 10. Convulsiones de gran mal.

Nota diagnóstica

Si existe delirium, el diagnóstico será síndrome de abstinencia al alcohol con delirium (delirium tremens) (F10.4).

F11.3 Síndrome de abstinencia a opioides

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales del síndrome de abstinencia (F1x.3). (Recuérdese que un síndrome de abstinencia a opioides también puede inducirse por la administración de un antagonista opiáceo tras un período breve de consumo de opioides.)
- B. Tres de los siguientes signos deben estar presentes:
1. Deseo imperioso de drogas opioides.
 2. Rinorrea o estornudo.
 3. Lagrimeo.
 4. Dolores o calambres musculares.
 5. Calambres abdominales.
 6. Náuseas o vómitos
 7. Diarrea.
 8. Dilatación pupilar.
 9. Piloerección o escalofríos recurrentes.
 10. Taquicardia o hipertensión.
 11. Bostezos.
 12. Sueño no reparador.

F12.3 Síndrome de abstinencia a cannabinoides

Este es un síndrome morboso mal definido para el que no pueden establecerse criterios diagnósticos definitivos en el momento actual. Se produce tras el cese de un consumo prolongado de altas dosis de cannabis. Se ha informado de forma diversa que dura de varias horas hasta más de siete días. Los síntomas y signos incluyen ansiedad, irritabilidad, temblor de las manos extendidas, sudoración y dolores musculares.

F13.3 Síndrome de abstinencia a sedantes o hipnóticos

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales del síndrome de abstinencia (F1x.3).

B. Tres de los siguientes signos deben estar presentes:

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

Nota diagnóstica

Si el delirium está presente, debe hacerse el diagnóstico de síndrome de abstinencia a sedantes o hipnóticos con delirium (F13.4).

F14.3 Síndrome de abstinencia a cocaína

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales del síndrome de abstinencia (F1x.3).
- B. Hay un humor disfórico (por ejemplo, tristeza o anhedonia).
- C. Dos de los siguientes signos deben estar presentes:
 1. Letargo y fatiga.
 2. Enlentecimiento o agitación psicomotriz.
 3. Deseo imperioso de cocaína.
 4. Aumento del apetito.
 5. Insomnio o hipersomnias.
 6. Sueños extraños o desagradables.

F15.3 Síndrome de abstinencia a otros estimulantes, incluyendo cafeína

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales del síndrome de abstinencia (F1x.3)
- B. Hay un humor disfórico (por ejemplo, tristeza o anhedonia).



C. Dos de los siguientes signos deben estar presentes:

1. Letargo o fatiga.
2. Enlentecimiento o agitación psicomotriz.
3. Deseo imperioso de drogas estimulantes.
4. Aumento del apetito.
5. Insomnio o hipersomnia.
6. Sueños extraños o desagradables.

Nota: No hay un síndrome de abstinencia a alucinógenos reconocido.

F17.3 Síndrome de abstinencia al tabaco

CDI-10

A. Deben cumplirse los criterios generales del síndrome de abstinencia (F1x.3).

B. Dos de los siguientes signos deben estar presentes:

1. Deseo imperioso de tabaco (o de productos que contienen nicotina).
2. Malestar o debilidad.
3. Ansiedad.
4. Humor disfórico.
5. Irritabilidad o inquietud.
6. Insomnio.
7. Aumento del apetito.
8. Aumento de la tos.
9. Ulceraciones bucales.
10. Dificultad en la concentración.

F18.3 Síndrome de abstinencia a disolventes volátiles

Nota: La información sobre el síndrome de abstinencia a disolventes volátiles para criterios de investigación es inadecuada para ser formulada.

F1x.4 Síndrome de abstinencia con delirium

Condición donde el síndrome de abstinencia, definido con el cuarto carácter común .3, se complica con un delirium, como está definido en F05. También pueden producirse convulsiones. Esta condición debe clasificarse en F05.8 cuando se considere que factores orgánicos también pueden estar jugando un papel en la etiología.

Delirium tremens (inducido por alcohol).

DCI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales del síndrome de abstinencia (F1x.3).
- B. Deben cumplirse los criterios de delirium (F05).

El diagnóstico de síndrome de abstinencia con delirium puede especificarse más utilizando los siguientes códigos con un quinto carácter:

- F1x.40 Sin convulsiones.
- F1x.41 Con convulsiones.

F1x.5 Trastorno psicótico

Se trata de un grupo de fenómenos psicóticos que se producen durante el consumo de una sustancia psicoactiva o inmediatamente después de él, pero no se explican por la intoxicación aguda sola y tampoco forman parte del síndrome de abstinencia. El trastorno se caracteriza por alucinaciones (típicamente auditivas, pero a menudo en más de una modalidad sensorial), distorsiones de la percepción, ideas delirantes (a menudo de naturaleza paranoide o persecutoria), alteraciones psicomotoras (excitación o estupor) y un estado emocional anormal que puede ir del miedo intenso al éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, pero puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, aunque no una confusión importante.

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

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

CDI-10

- A. El inicio de los síntomas psicóticos debe producirse durante o dentro de dos semanas de consumo de la sustancia.
- B. Los síntomas psicóticos deben persistir más de 48 horas.
- C. La duración del trastorno no debe exceder seis meses.

El diagnóstico de trastorno psicótico puede especificarse más utilizando los siguientes códigos del quinto carácter:

- F1x.50 Esquizofreniforme.
- F1x.51 Con predominio de ideas delirantes.

- Flx.52 Con predominio de alucinaciones.
- Flx.53 Con predominio de síntomas polimorfos.
- Flx.54 Con predominio de síntomas depresivos.
- Flx.55 Con predominio de síntomas maníacos.
- Flx.56 Trastorno psicótico mixto.

Con fines de investigación, se recomienda que el cambio del diagnóstico del trastorno de no psicótico a claramente psicótico se especifique más como abrupto (comienzo en 48 horas) o agudo (comienzo en más de 48 horas, pero menos de dos semanas).

Flx.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas

Síndrome asociado a un importante deterioro crónico de la memoria reciente y remota. La memoria inmediata habitualmente está conservada y, de forma característica, la memoria reciente suele estar más alterada que la remota. Suele haber alteraciones en el sentido del tiempo y en la capacidad de poner en orden acontecimientos del pasado, como así dificultad para aprender material nuevo. La fabulación puede ser señalada, pero no está presente de forma invariable. Otras funciones cognitivas suelen estar relativamente bien conservadas, y los defectos amnésicos son desproporcionados a las otras alteraciones.

Trastorno amnésico inducido por alcohol u otras sustancias.

Psicosis o síndrome de Korsakov inducido por alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Excluye: Psicosis o síndrome de Korsakov no alcohólico (F04).

CDI-10

- A. Deterioro de la memoria que se manifiesta por ambos:
 - 1. Defecto de la memoria reciente (deterioro para aprender material nuevo) en un grado suficiente para interferir en la vida diaria, y
 - 2. Disminución de la capacidad para recordar experiencias pasadas.
- B. Todos los siguientes están ausentes (o relativamente ausentes):
 - 1. Defecto en la memoria inmediata (verificable, por ejemplo, con la prueba de repetición de dígitos).
 - 2. Obnubilación de la conciencia y alteración de la atención, como se define en F05.-, criterio A.
 - 3. Deterioro intelectual global (demencia).
- C. No hay otras pruebas objetivas en la exploración física y neurológica, pruebas de laboratorio o historia de trastorno o enfermedad cerebral (especialmente los que afectan bilateralmente a estructuras diencefálicas y temporales medias) que las relacionadas con el consumo de la sustancia, de las que pudiera suponerse de forma razonable que son las responsables de las manifestaciones clínicas descritas en el criterio A.

F1x.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicoactivas

Trastorno en el que los cambios cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o el comportamiento inducidos por el alcohol u otras sustancias psicoactivas persisten más allá del período durante el cual puede asumirse razonablemente que ha estado operando un efecto directo de la sustancia psicoactiva. El comienzo del trastorno debe estar directamente relacionado con el consumo de la sustancia psicoactiva. En los casos en los que el comienzo del cuadro se produce más tarde que los episodios de tal consumo de sustancia, sólo debe codificarse aquí cuando haya pruebas claras y sólidas para atribuir el trastorno al efecto de la sustancia psicoactiva. Las reviviscencias ("flashbacks") pueden distinguirse de forma parcial de los estados psicóticos por su naturaleza episódica, porque frecuentemente son de muy corta duración, y por los síntomas de reduplicación de experiencias anteriores relacionadas con el alcohol u otras sustancias psicoactivas.

CDI-10

- A. Los trastornos y síndromes que cumplen los criterios para alguno de los síndromes enumerados a continuación deben estar claramente relacionados con el consumo de una sustancia. Deben aportarse pruebas sólidas que demuestren que el comienzo del trastorno o síndrome se produce después del consumo de sustancias psicoactivas.

Nota diagnóstica

En vista de las considerables variaciones en esta categoría, las características de tales trastornos o síndromes residuales deben documentarse de forma clara en lo referente a su tipo, gravedad y duración. Para fines de investigación deben especificarse todos los detalles descriptivos.

Si se requiere, puede utilizarse un quinto carácter, como sigue:

- F1x.70 Con reviviscencias ("flashbacks").
- F1x.71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento.
 - B. Deben cumplirse los criterios generales de F07.- (trastorno de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral).
- F1x.72 Trastorno afectivo residual.
 - B. Deben cumplirse los criterios de F06.3 trastorno del humor (afectivo) orgánico.
- F1x.73 Demencia.
 - B. Deben cumplirse los criterios generales de demencia (F00-F03).
- F1x.74 Otro deterioro cognoscitivo persistente.
 - B. Deben cumplirse los criterios de F06.7, trastorno cognitivo leve, excepto para la exclusión de consumo de sustancias psicoactivas en el criterio D.

F1x.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío.

- B. Deben cumplirse los criterios generales de F1x.5, trastorno psicótico, excepto en lo relativo al comienzo del trastorno, el cual es más de dos semanas, pero no más de seis, tras el consumo de la sustancia.

F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducidos por alcohol u otras sustancias psicoactivas

F1x.9 Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicoactivas sin especificación
--

F20-F29

Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes

Este bloque comprende la esquizofrenia, como trastorno más importante del grupo, el trastorno esquizotípico, los trastornos de ideas delirantes persistentes y un grupo extenso de trastornos psicóticos agudos y transitorios. Los trastornos esquizoafectivos, a pesar de su naturaleza controvertida, también se incluyen aquí.

F20

Esquizofrenia

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan en general por distorsiones fundamentales y características del pensamiento y de la percepción, y por los afectos embotados o inapropiados. La claridad de la conciencia y la capacidad intelectual están conservadas por lo general, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. Los fenómenos psicopatológicos más importantes incluyen eco, inserción, robo o difusión del pensamiento; percepciones delirantes o ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad; voces alucinatorias comentando o discutiendo sobre el paciente en tercera persona; trastornos del pensamiento y síntomas negativos.

El curso de los trastornos esquizofrénicos puede ser continuo o episódico, con un defecto estable o progresivo, o puede haber uno o más episodios con remisión completa o incompleta. El diagnóstico de esquizofrenia no debe hacerse ante la presencia de síntomas prominentes de depresión o manía a menos que los síntomas esquizofrénicos antecedan de forma clara al trastorno del humor. Tampoco debe diagnosticarse esquizofrenia ante la presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante el estado de intoxicación o abstinencia por alguna droga. Trastornos similares a la esquizofrenia que se desarrollan ante la presencia de una epilepsia u otra enfermedad cerebral deben clasificarse bajo la categoría F06.2, y los inducidos por sustancias psicoactivas en F10-F19, con el cuarto dígito común 5.

Excluye: Esquizofrenia:

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

Reacción esquizofrénica (F23.2).

Trastorno esquizotípico (F21).

Nota diagnóstica

Los criterios generales de esquizofrenia (G1 y G2) descritos a continuación se aplican a todos los trastornos de F20, en el momento del diagnóstico o en el pasado, *con la excepción de la esquizofrenia simple* (F20.6); ver nota en la página 77.

CDI-10

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

G1. Al menos uno de los síndromes, síntomas o signos incluidos en el apartado 1, o al menos dos de los síntomas y signos incluidos en 2 deben estar presentes la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica de por lo menos un mes de duración (o durante algún tiempo la mayor parte de los días).

1. Por lo menos uno de los siguientes:
 - a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
 - b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes.
 - c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca del enfermo, u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
 - d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son completamente imposibles (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro mundo).
2. O al menos dos de los siguientes:
 - a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se presentan a diario durante al menos un mes, cuando se acompañan de ideas delirantes (que pueden ser fugaces o poco estructuradas) sin un contenido afectivo claro, o cuando se acompañan de ideas sobrevaloradas persistentes.
 - b) Neologismos, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a un discurso incoherente o irrelevante.
 - c) Conducta catatónica, tal como excitación, posturas características o flexibilidad cerea, negativismo, mutismo y estupor.
 - d) Síntomas “negativos”, tales como marcada apatía, pobreza del discurso y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica).

G2. *Criterios de exclusión usados con más frecuencia:*

1. Si el paciente también cumple criterios de un episodio maníaco (F30.) o de un episodio depresivo (F32.), los criterios enumerados arriba en G1.1 y G1.2 deben satisfacerse antes del desarrollo del trastorno del humor.
2. El trastorno no es atribuible a una enfermedad orgánica cerebral (en el sentido en que se especifica en F00-F09), o a intoxicación (F1x.0), dependencia (F1x.2) o abstinencia (F1x.3 y F1x.4) de alcohol u otras drogas.

Nota diagnóstica

Al evaluar la presencia de este tipo de experiencias subjetivas y conductas anómalas se debe tener especial cuidado para evitar falsos-positivos, especialmente cuando estén implicadas formas de expresión y comportamiento influenciadas por la cultura o la subcultura, o un nivel de inteligencia por debajo de la media.

Formas de evolución

A la vista de las considerables variaciones en el curso de los trastornos esquizofrénicos, puede ser conveniente (especialmente para investigación) especificar la forma de evolución utilizando un quinto carácter. La evolución no debe codificarse a no ser que haya habido un período de observación de, por lo menos, un año. (En caso de remisión ver nota 5 en “Notas para los usuarios”).

- F20.x0 Continua (sin remisión de los síntomas psicóticos durante el período de observación).
- F20.x1 Episódica con defecto progresivo (desarrollo progresivo de síntomas “negativos” en los intervalos entre episodios psicóticos).
- F20.x2 Episódica con defecto estable (síntomas “negativos” persistentes, pero no progresivos, en los intervalos entre episodios psicóticos).
- F20.x3 Episódica remitente (remisión completa o virtualmente completa entre los episodios psicóticos).
- F20.x4 Remisión incompleta.
- F20.x5 Remisión completa.
- F20.x8 Otra.
- F20.x9 Curso incierto, período de observación demasiado corto.

F20.0 Esquizofrenia paranoide

En la esquizofrenia paranoide predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo, y de otras alteraciones perceptivas. Las alteraciones del afecto, la volición y el discurso y los síntomas catatónicos están ausentes o relativamente inadvertidos.

Esquizofrenia parafrénica.

Excluye: Estado paranoide involutivo (F22.8).
Paranoia (F22.0).

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de esquizofrenia (F20.0-F20.3).
- B. Las ideas delirantes y las alucinaciones deben ser notables (tales como delirios de persecución, de referencia, genealógicos, de tener una misión espe-



cial, de transformación corporal o de celos; alucinaciones olfatorias, gustativas, sexuales u otro tipo de sensaciones corporales).

- C. En el cuadro clínico no debe predominar el embotamiento o la incongruencia afectivos, los síntomas catatónicos o el discurso incoherente, aunque pueden estar presentes en un grado leve.

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica

Es una forma de esquizofrenia en la que predominan los cambios afectivos, con ideas delirantes y alucinaciones transitorias y fragmentarias, y es frecuente un comportamiento irresponsable e impredecible y los manierismos. El humor es superficial e inapropiado, el pensamiento está desorganizado y el discurso es incoherente. Hay una tendencia al aislamiento social. Por lo general, el pronóstico es malo, debido al rápido desarrollo de síntomas “negativos”, en particular embotamiento afectivo y abulia. Normalmente, sólo debe diagnosticarse hebefrenia en adolescentes o adultos jóvenes.

Esquizofrenia desorganizada.
Hebefrenia.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de esquizofrenia (F20.0-F20.3).
- B. Debe estar presente alguno de los siguientes:
1. Embotamiento o superficialidad afectivos claros y persistentes.
 2. Afecto inapropiado o incongruente de forma clara y persistente.
- C. Debe estar presente alguno de los siguientes:
1. Comportamiento errático y desorganizado en vez de estar dirigido a objetivos.
 2. Trastorno del pensamiento definido, que se manifiesta por un discurso desorganizado, divagatorio o incoherente.
- D. Las alucinaciones o las ideas delirantes no deben dominar el cuadro clínico, aunque pueden estar presentes en grado leve.

F20.2 Esquizofrenia catatónica

En la esquizofrenia catatónica dominan las alteraciones psicomotoras notables, que pueden alternar entre extremos de hipercinesia a estupor, o de obediencia automática a negativismo. Pueden mantenerse posturas y actitudes constreñidas forzadas durante largos períodos de tiempo.

Un rasgo llamativo de este trastorno puede ser la presencia de episodios de excitación intensa. Los fenómenos catatónicos pueden combinarse con estados oníroides con alucinaciones escénicas vívidas.

Estupor catatónico.
Cataplexia esquizofrénica.
Catatonía esquizofrénica.
Flexibilidad cética esquizofrénica.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de esquizofrenia (F20.0-F20.3) a la larga, aunque pueden no ser comprobables al principio si el paciente es inaccesible a la comunicación.
- B. Durante un período de por lo menos dos semanas, uno o más de los siguientes comportamientos catatónicos deben ser prominentes:
 1. Estupor (marcada reducción de la reactividad al ambiente y disminución de los movimientos espontáneos y de la actividad) o mutismo.
 2. Excitación (actividad motora sin propósito aparente, no influida por estímulos externos).
 3. Cataplexia (adopción y mantenimiento voluntarios de posturas inadecuadas o extravagantes).
 4. Negativismo (resistencia sin motivo aparente a toda instrucción o intento de ser movilizado, o movimientos oposicionistas).
 5. Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los esfuerzos de ser movilizado).
 6. Flexibilidad cética (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior).
 7. Obediencia automática (cumplimiento automático de las instrucciones).

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

Estados psicóticos que cumplen los criterios generales de esquizofrenia, pero no se ajustan a ninguno de los subtipos en F20.0-F20.2, o presentan características de más de uno de ellos, sin claro predominio de ninguno.

Esquizofrenia atípica.

Excluye: Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (F23.2).
Esquizofrenia crónica indiferenciada (F20.5).
Depresión postesquizofrénica (F20.4)

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de esquizofrenia (F20.2-F20.3).



- B. Debe ser aplicable cualquiera de los siguientes:
1. Síntomas insuficientes para cumplir alguno de los subtipos de F20.0, F20.1, F20.4 o F20.5.
 2. Tantos síntomas que se cumplen criterios para más de uno del los subtipos anotados en 1.

F20.4 Depresión postesquizofrénica

Un episodio depresivo, que puede ser prolongado, que aparece en el período subsiguiente a una enfermedad esquizofrénica. Algunos síntomas esquizofrénicos, “positivos” o “negativos”, pueden todavía estar presentes, pero no predominan en el cuadro clínico. Estos estados depresivos se asocian a un riesgo elevado de suicidio. Si el paciente no tiene ningún síntoma esquizofrénico duradero debe diagnosticarse de episodio depresivo (F32.-). Si los síntomas esquizofrénicos todavía son floridos y prominentes debe mantenerse el diagnóstico del subtipo de esquizofrenia apropiado (F20.0-F20.3).

CDI-10

- A. Deben haberse cumplido los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) en los doce meses previos, pero no se cumplen en el momento actual.
- B. Debe estar todavía presente una de las condiciones del criterio G1. 2.a), b), c) o d) de F20.0-F20.3.
- C. Los síntomas depresivos deben ser lo suficientemente prolongados, graves y extensos para cumplir criterios de, al menos, un episodio depresivo leve (F32.0).

F20.5 Esquizofrenia residual

Estado crónico en el desarrollo de una enfermedad esquizofrénica, en la cual ha habido una progresión clara desde un estadio temprano a uno posterior caracterizado por síntomas “negativos” a largo plazo, aunque no necesariamente irreversibles; por ejemplo, enlentecimiento psicomotor, disminución de la actividad y embotamiento afectivo; pasividad y falta de iniciativa, pobreza de la cantidad o contenido del lenguaje; comunicación no verbal pobre por la expresión facial, contacto ocular, modulación de la voz y posturas; cuidado de sí mismo y rendimiento social empobrecidos.

Esquizofrenia crónica indiferenciada.

Restzustand (esquizofrénica).

Estado esquizofrénico residual.

CDI-10

- A. Deben haberse cumplido los criterios generales de esquizofrenia (F20.0-F20.3) en algún momento del pasado, pero no se cumplen en el momento actual.
- B. Han estado presente a lo largo de los doce meses previos al menos cuatro de los siguientes síntomas "negativos":
 - 1. Inhibición psicomotriz o hipoactividad.
 - 2. Claro embotamiento afectivo.
 - 3. Pasividad y falta de iniciativa.
 - 4. Pobreza de la cantidad o del contenido del lenguaje.
 - 5. Pobreza de la comunicación no verbal (expresión facial, contacto visual, modulación de la voz o postura).
 - 6. Rendimientos sociales escasos o deterioro del aseo y cuidado personales.

F20.6 Esquizofrenia simple

Un trastorno en el que hay un desarrollo insidioso, pero progresivo, de rarezas en la conducta, incapacidad para cumplir las demandas sociales y deterioro del rendimiento en general. Las manifestaciones negativas características de la esquizofrenia residual (por ejemplo, embotamiento afectivo y pérdida de iniciativa) se desarrollan sin estar precedidos de ningún síntoma psicótico manifiesto.

CDI-10

- A. Desarrollo lento, pero progresivo, durante un período de al menos un año, de los tres siguientes:
 - 1. Un cambio significativo y consistente en la calidad global de algunos aspectos de la conducta personal, puesto de manifiesto por pérdida de iniciativa e intereses, falta de propósito, vacuidad, una actitud de retraimiento sobre sí mismo y aislamiento social.
 - 2. Aparición gradual y progresiva de síntomas negativos tales como apatía marcada, pobreza de discurso, hipoactividad, embotamiento afectivo, pasividad y pérdida de iniciativa, y comunicación no verbal pobre (por expresión facial, contacto ocular, modulación de la voz y postura).
 - 3. Disminución marcada del rendimiento académico, social u ocupacional.
- B. En ningún momento se presentan los síntomas referidos en el criterio G1 para F20.0-F20.3, ni tampoco alucinaciones o ideas delirantes bien estructuradas de ningún tipo, es decir, el sujeto nunca ha cumplido criterios para ningún otro tipo de esquizofrenia ni otro trastorno psicótico.
- C. No hay pruebas de demencia ni de otro tipo de trastorno mental orgánico enumerados en F00-F09.

Nota diagnóstica

Se ha mantenido esta categoría controvertida dada la persistencia de su uso en algunos países. Se espera que su presencia aquí estimule investigaciones sobre su utilidad y sobre su relación con la personalidad esquizoide y el trastorno esquizotípico. El criterio A.3 es una de las pocas excepciones en esta clasificación a la norma general de que las consecuencias sociales de los trastornos (esto es, la limitación en el nivel social) no deben incluirse entre los criterios diagnósticos que definen un trastorno (ver la Nota 4, en Notas para Usuarios).

F20.8 Otra esquizofrenia

Esquizofrenia cenestopática.
Trastorno esquizofreniforme sin especificación.
Psicosis esquizofreniforme sin especificación.

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

F20.9 Esquizofrenia sin especificación**F21 Trastorno esquizotípico**

Trastorno caracterizado por un comportamiento excéntrico y anomalías en el pensamiento y la afectividad que se parecen a las vistas en la esquizofrenia, aunque no se producen en ningún momento las anomalías esquizofrénicas características y definitorias. Los síntomas pueden incluir afectividad fría o inapropiada; anhedonia; comportamiento raro o excéntrico; tendencia al retraimiento social; ideas paranoides o extrañas que no llegan a ser delirantes; rumiaciones obsesivas; trastorno del pensamiento y alteraciones de la percepción; episodios ocasionales y transitorios casi psicóticos con ilusiones intensas, alucinaciones auditivas o de otro tipo, e ideas similares a las delirantes, que normalmente se producen sin provocación externa. No hay un comienzo definido y la evolución y el curso, por lo general, son la de un trastorno de personalidad.

Reacción esquizofrénica latente.
Esquizofrenia límite.
Esquizofrenia latente.
Esquizofrenia prepsicótica.
Esquizofrenia prodrómica.
Esquizofrenia pseudoneurótica.
Esquizofrenia pseudopsicopática.
Trastorno esquizotípico de la personalidad.

Excluye: Síndrome de Asperger (F84.5).
Trastorno esquizoide de la personalidad (F60.1).

CDI-10

- A. El sujeto debe haber manifestado, de forma continua o reiterada, durante un período de al menos dos años, al menos cuatro de las siguientes características:
1. Afectividad inapropiada o constreñida, con un aspecto frío y distante.
 2. Comportamiento o apariencia extraños, excéntricos o peculiares.
 3. Contacto personal empobrecido y tendencia al retraimiento social.
 4. Creencias extrañas o pensamiento mágico, que influyen en el comportamiento y son inconsistentes con las normas subculturales.
 5. Suspiciousidad o ideas paranoides.
 6. Rumiasiones sin resistencia interna, a menudo con contenidos dismofóbicos, sexuales o agresivos.
 7. Experiencias perceptivas inusuales, incluyendo ilusiones somatosensoriales (corporales) u otras, despersonalización o desrealización.
 8. Pensamiento vago, circunstancial, metafórico, muy elaborado y a menudo estereotipado, que se manifiesta por un discurso extraño o de otras formas, sin llegar a la incoherencia burda.
 9. Episodios casi psicóticos ocasionales y transitorios con ilusiones intensas, alucinaciones auditivas o de otro tipo e ideas delirantes, que habitualmente se producen sin provocación externa.
- B. El sujeto nunca debe haber cumplido criterios de algún trastorno en F20.- (esquizofrenia).

Nota diagnóstica

Este trastorno está dispuesto aquí porque hay algunas pruebas de que está relacionado con la esquizofrenia (como uno de los trastornos del “espectro esquizofrénico”). El trastorno esquizoide de la personalidad puede buscarse en la página 160.

F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes

Incluye una variedad de trastornos en los cuales las ideas delirantes de larga evolución constituyen la única, o la más llamativa, característica clínica y que no pueden clasificarse como orgánicos, esquizofrénicos o afectivos. Los trastornos por ideas delirantes que finalicen en pocos meses deben clasificarse, al menos temporalmente, bajo F23.-.

F22.0 Trastorno de ideas delirantes

Trastorno caracterizado por el desarrollo de una idea delirante o una serie de ideas delirantes relacionadas entre sí, que habitualmente son persistentes y a veces persisten toda la vida. El contenido de la idea o ideas delirantes es muy variable.

La presencia de alucinaciones auditivas claras y persistentes (voces), de síntomas esquizofrénicos, tales como ideas de control y un afecto marcadamente embotado, o de pruebas definidas de enfermedad cerebral, son todos incompatibles con este diagnóstico. Sin embargo, la presencia de alucinaciones auditivas ocasionales y transitorias, particularmente en pacientes de edad avanzada, no descarta este diagnóstico, siempre que no sean típicamente esquizofrénicas y tan sólo constituyan una pequeña parte del cuadro clínico completo.

Paranoia.

Psicosis paranoide.

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).

CDI-10

- A. Presencia de una idea delirante o una serie de ideas delirantes relacionadas entre sí, diferentes a las enumeradas como típicas de la esquizofrenia en el criterio G1.1.b) o d) para F20.0-F20.3 (es decir, que no son completamente imposibles o culturalmente inapropiadas). Ejemplos de ideas delirantes más frecuentes son las de persecución, de grandiosidad, hipocondríacas, de celos (celotipia) o eróticas.
- B. La(s) idea(s) delirante(s) del criterio A, debe(n) estar presente durante al menos tres meses.
- C. No se cumplen los criterios generales de esquizofrenia (F20.0-F20.3).
- D. No debe haber alucinaciones persistentes de ningún tipo (pero puede haber alucinaciones auditivas ocasionales y transitorias que no sean en tercera persona o comenten la propia actividad).
- E. Puede haber síntomas depresivos de forma intermitente (o incluso un episodio depresivo F32.-), siempre que las ideas delirantes persistan durante los períodos que no hay alteraciones del ánimo.
- F. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* No debe haber pruebas de ningún trastorno mental orgánico primario o secundario como se enumeran en F00-F09, ni de un trastorno psicótico debido al consumo de sustancias psicoactivas (F1x.5).

Especificación para posibles subtipos

Si se desea, pueden especificarse los siguientes subtipos: persecutorio; litigante; autorreferencial; grandiosidad; hipocondríaco (somático); de celos; erotomaniaco.

F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes

Trastornos en los cuales la idea o las ideas delirantes se acompañan de voces alucinatorias persistentes o de síntomas esquizofrénicos, pero que no justifican un diagnóstico de esquizofrenia (F20.-).

Dismorfofobia delirante.
Estado paranoide involutivo.
Paranoia querulante.

Nota diagnóstica

Esta es una categoría residual para trastornos de ideas delirantes persistentes que no cumplen criterios de trastorno de ideas delirantes (F22.0). Los trastornos de ideas delirantes que se acompañan de voces alucinatorias persistentes o de síntomas esquizofrénicos que son insuficientes para cumplir criterios de esquizofrenia (F20.-) deben codificarse aquí. Los trastornos de ideas delirantes que hayan finalizado en menos de tres meses deben, sin embargo, y al menos temporalmente, codificarse en F23.-.

F22.9 Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación

F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios

Grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por el inicio agudo de síntomas psicóticos tales como ideas delirantes, alucinaciones y alteraciones en la percepción, y por la grave perturbación del comportamiento ordinario. El inicio agudo se define como un desarrollo *in crescendo* de un cuadro clínico claramente anormal en unas dos semanas o menos. Para estos trastornos no hay pruebas de una causa orgánica. A menudo hay perplejidad y desconcierto, pero la desorientación en tiempo, lugar y persona no son lo suficientemente persistentes o graves para justificar un diagnóstico de delirium de causa orgánica (F05.-). Habitualmente se produce una recuperación completa en pocos meses, a menudo en pocas semanas e incluso días. Si el trastorno persiste hay que cambiar el diagnóstico. El trastorno puede o no asociarse con estrés agudo, que se define como la presencia de acontecimientos estresantes habituales que preceden una o dos semanas al inicio del cuadro.

CDI-10

- G1. Inicio agudo de ideas delirantes, alucinaciones, discurso incomprensible o incoherente, o de cualquier combinación de éstos. El intervalo de tiempo entre la manifestación de algún síntoma psicótico y la presentación del trastorno, completamente desarrollado, no debe exceder las dos semanas.



- G2. Si se presentan estados transitorios de perplejidad, falso reconocimiento o déficit de atención o concentración, dichos estados no cumplen criterios de cuadro confusional de causa orgánica, tal como se especifica en F05.-, criterio A.
- G3. El trastorno no cumple criterios de episodio maníaco (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 intoxicación (F1x.0), consumo perjudicial (F1x.1), síndrome de dependencia (F1x.2) o síndromes de abstinencia (F1x.3 y F1x.4). El consumo continuado de alcohol o drogas en cantidades moderadas y constantes, o con la frecuencia a la que el sujeto está acostumbrado, no descarta necesariamente el uso de F23. Esto debe decidirse en función del juicio clínico y de los requisitos del proyecto de investigación en cuestión.
- G5. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* Ausencia de un trastorno mental orgánico (F00-F09) o de una alteración metabólica grave que afecte al sistema nervioso central (no se incluye el parto).

Debe utilizarse un quinto carácter para especificar si el inicio agudo del trastorno se asocia con estrés agudo (que se produce dos o menos semanas antes de que haya pruebas de los primeros síntomas psicóticos):

F23.x0 Sin estrés agudo asociado.

F23.x1 Con estrés agudo asociado.

Con fines de investigación se recomienda que el cambio del trastorno de un estado no psicótico al de claramente psicótico se especifique más como súbito (inicio en 48 horas) o agudo (inicio en más de 48 horas, pero en menos de dos semanas).

F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia

Trastorno psicótico agudo en el que las alucinaciones, las ideas delirantes o las alteraciones de la percepción son evidentes, pero marcadamente variables y cambiantes de un día para otro o incluso de una hora a otra. Con frecuencia, también hay alteración emocional, con sentimientos intensos y transitorios de felicidad o éxtasis, o ansiedad e irritabilidad. El polimorfismo y la inestabilidad son característicos del cuadro clínico completo, y los rasgos psicóticos no justifican un diagnóstico de esquizofrenia (F20.-). Estos trastornos suelen tener un inicio súbito, desarrollándose rápidamente en pocos días, y con frecuencia una resolución rápida de los síntomas, sin recurrir. Si los síntomas persisten debe cambiarse el diagnóstico a trastorno de ideas delirantes persistentes (F22.-).

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

Psicosis cicloide sin síntomas de esquizofrenia o no especificada.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23).
- B. Los síntomas cambian rápidamente, tanto en tipo como en intensidad, de un día para otro o en el mismo día.
- C. Presencia de algún tipo de alucinaciones o de ideas delirantes, durante al menos varias horas, en cualquier momento desde el inicio del trastorno.
- D. Los síntomas de al menos dos de la siguientes categorías se producen al mismo tiempo:
 - 1. Confusión emocional, caracterizada por sentimientos intensos de felicidad o éxtasis, ansiedad abrumadora o irritabilidad marcada.
 - 2. Perplejidad o falso reconocimiento de personas o lugares.
 - 3. Acentuado aumento o disminución de la actividad psicomotriz.
- E. Si está presente alguno de los síntomas de esquizofrenia enumerados en el criterio G1.1 y 2 de F20.0-F20.3, sólo lo están una parte mínima del tiempo desde el inicio, es decir, no se cumple el criterio B de F23.1.
- F. La duración total del trastorno no excede los tres meses.

F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia

Trastorno psicótico agudo en el que el cuadro clínico es polimorfo e inestable, tal como se describe en F23.0; sin embargo, a pesar de la inestabilidad, algunos síntomas típicos de la esquizofrenia son también evidentes durante la mayor parte del tiempo. Si los síntomas esquizofrénicos persisten debe cambiarse el diagnóstico a esquizofrenia (F20.-).

“Bouffée délirante” con síntomas de esquizofrenia.
 Psicosis cicloide con síntomas de esquizofrenia.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios A, B, C y D del trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0).
- B. Presencia de algunos de los síntomas de esquizofrenia (F20.0-F20.3) durante la mayor parte del tiempo desde el inicio del trastorno, aunque no es necesario que se cumplan todos los criterios; es decir, debe hallarse presente al menos uno de los síntomas de los criterios G1.1 a G1.2.
- C. Los síntomas de esquizofrenia del criterio B no persisten más de un mes.

F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico

Trastorno psicótico agudo en el que los síntomas psicóticos son comparativamente estables y justifican un diagnóstico de esquizofrenia, pero su duración ha sido inferior a un mes; están ausentes los rasgos polimorfos e inestables, como se describen en F23.0. Si los síntomas esquizofrénicos persisten debe cambiarse el diagnóstico a esquizofrenia (F20.-).

Esquizofrenia aguda (indiferenciada).

Trastorno esquizofreniforme breve.

Oneirofrenia.

Reacción esquizofrénica.

Psicosis reactiva esquizofrénica.

Excluye: Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico (F06.2).
Trastorno esquizofreniforme sin especificación (F20.8).

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23).
- B. Se cumplen los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3), excepto el criterio de duración.
- C. El trastorno no cumple los criterios B, C y D de trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0).
- D. La duración total del trastorno no excede de un mes.

F23.3 Trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes

Trastornos psicóticos agudos en los cuales las principales características clínicas son ideas delirantes o alucinaciones comparativamente estables, pero no justifican el diagnóstico de esquizofrenia (F20.-). Si las ideas delirantes persisten, el diagnóstico debe cambiarse a trastorno de ideas delirantes persistentes (F22.-).

Reacción paranoide.

Psicosis paranoide psicogénica.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23).
- B. Presencia de ideas delirantes y/o alucinaciones relativamente estables, pero no cumplen los criterios sintomáticos de esquizofrenia (F20.0-F20.3).



- C. El trastorno no cumple criterios de trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0).
- D. La duración total del trastorno no excede los tres meses.

F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios

Cualquier otro trastorno psicótico agudo específico para el que no hay pruebas de causa orgánica y no está justificada su clasificación en F23.0-F23.3.

Nota diagnóstica

Deben codificarse aquí trastornos psicóticos agudos que no puedan clasificarse en ninguna categoría de F23 (tales como estados psicóticos agudos en los cuales se producen ideas delirantes o alucinaciones de forma clara, pero persisten sólo durante pequeñas proporciones de tiempo). También deben codificarse aquí estados de agitación no diferenciados si no se dispone de más información acerca del estado mental del paciente, siempre que no haya pruebas de una causa orgánica.

F23.9 Trastorno psicótico agudo y transitorio sin especificación

Psicosis reactiva breve sin especificación.
 Psicosis reactiva.

F24 Trastornos de Ideas delirantes inducidas

Trastorno de ideas delirantes compartido por dos o más personas unidas por lazos emocionales estrechos. Solamente uno de los sujetos padece un trastorno psicótico genuino; las ideas delirantes son inducidas al otro u otros y habitualmente desaparecen cuando se les separa.

“Folie à deux” (“trois”, etc.).
 Trastorno paranoide inducido.
 Trastorno psicótico inducido.

CDI-10

- A. El/los sujeto(s) debe(n) desarrollar una idea delirante o un sistema de ideas delirantes presentadas originalmente por otro con un trastorno clasificado en F20-F23.
- B. Las personas implicadas deben tener una relación inusualmente estrecha entre sí, y estar relativamente aislados de otra gente.



- C. El/los sujeto(s) no deben haber sostenido la creencia en cuestión antes de contactar con la otra persona, y no deben haber padecido en el pasado ningún otro trastorno clasificado en F20-F23.

F25 Trastornos esquizoafectivos

Trastornos episódicos en los cuales son prominentes ambos tipos de síntomas, afectivos y esquizofrénicos, pero no justifican el diagnóstico de esquizofrenia o de episodio depresivo o maníaco. Otros cuadros en los cuales los síntomas afectivos se superponen a una esquizofrenia preexistente, o coexistente, o se alternan con trastornos de ideas delirantes u otros tipos están clasificados en F20-F29. Los síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo en los trastornos del humor (afectivos), por sí solos, no justifican el diagnóstico de trastorno esquizoaffectivo.

Nota diagnóstica

La relación de este grupo de trastornos con la esquizofrenia y los trastorno del humor (afectivos) es incierta. Se han especificado aquí criterios detallados con la esperanza de que estimulen la investigación etiológica y evolutiva. El diagnóstico se basa en un juicio clínico difícil sobre el “balance” entre el número, gravedad y duración de los síntomas esquizofrénicos y afectivos.

CDI-10

- G1. El trastorno cumple criterios de alguno de los trastornos del humor (afectivos) (F30.-, F31.-, F32.-) de intensidad moderada o grave, como se especifica para cada categoría.
- G2. Presencia clara de síntomas de por lo menos uno de los grupos anotados a continuación, la mayor parte del tiempo durante al menos dos semanas [estos grupos son casi los mismos que para la esquizofrenia (F20.0-F20.3)]:
1. Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento [criterio G1.1.a) de F20.0-F20.3].
 2. Ideas delirantes de control, de influencia o pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicos [criterio G1.1.b) de F20.0-F20.3].
 3. Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre sí acerca del enfermo u otros tipos de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo [criterio G1.1.c) de F20.0-F20.3].
 4. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son inverosímiles, pero no solamente de grandeza o de persecución [criterio G1.1.d) de F20.0-F20.3]; por ejemplo, haber visitado otros mundos, poder controlar las nubes mediante la respiración, poder comunicarse con plantas y animales sin hablar, etcétera.



5. Lenguaje groseramente irrelevante o incoherente, o uso frecuente de neologismos [una forma marcada del criterio G1.2.b) de F20.0-F20.3].
 6. Aparición intermitente pero frecuente de alguna forma de conducta catatónica, tal como mantenimiento de posturas, flexibilidad cerea y negativismo [criterio G1.2.c) de F20.0-F20.3].
- G3. Los criterios G1 y G2 deben cumplirse durante el mismo episodio del trastorno y simultáneamente al menos una parte del tiempo del episodio. Los síntomas de G1 y G2 deben ser prominentes en el cuadro clínico.
- G4. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* El trastorno no es atribuible a un trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09) o a intoxicación, dependencia o abstinencia de sustancias psicoactivas (F10-F19).

F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco

Trastorno en el que los síntomas de esquizofrenia y manía son ambos tan prominentes, que el episodio de la enfermedad no justifica el diagnóstico de esquizofrenia ni de episodio maníaco. Esta categoría debe utilizarse tanto para un único episodio como para un trastorno recurrente en el que la mayoría de episodios sean esquizoafectivos de tipo maníaco.

Psicosis esquizoafectiva de tipo maníaco.

Psicosis esquizofreniforme de tipo maníaco.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de trastorno esquizoafectivo (F25).
- B. Se cumplen criterios de manía (F30.1 o F31.1).

F25.1 Trastorno esquizofrénico de tipo depresivo

Trastorno en el que los síntomas de esquizofrenia y depresión son ambos tan prominentes, que el episodio de la enfermedad no justifica un diagnóstico de esquizofrenia ni de episodio depresivo. Esta categoría debe utilizarse tanto para un único episodio como para un trastorno recurrente en el que la mayoría de episodios sean esquizoafectivos, de tipo depresivo.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de trastorno esquizoafectivo (F25).
- B. Se cumplen criterios de trastorno depresivo de, por lo menos, gravedad moderada (F31.3, F31.4, F32.1, F32.2).

F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto

Esquizofrenia cíclica.
 Psicosis mixta esquizofrénica y afectiva.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de trastorno esquizoafectivo (F25).
- B. Se cumplen los criterios de trastorno bipolar mixto (F31.6).

F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos**F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación**

Psicosis esquizoafectiva sin especificación

Si se desea, pueden especificarse más subtipos de trastornos esquizoafectivos, en función del desarrollo longitudinal del trastorno, como sigue:

- F25.x0 Sólo síntomas afectivos y esquizofrénicos simultáneamente (síntomas como se definen en el criterio G2 de F25).
- F25.x1 Síntomas afectivos y esquizofrénicos aparecen simultáneamente y, además, persistencia de síntomas esquizofrénicos más allá de la duración de los síntomas afectivos.

F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos

Trastornos de ideas delirantes o alucinaciones que no justifiquen un diagnóstico de esquizofrenia (F20.-), trastorno de ideas delirantes persistentes (F22.-), trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23.-), o episodio maniaco (F30.2) o depresivo grave (F32.3) con síntomas psicóticos.

Psicosis alucinatoria crónica.

Nota diagnóstica

También debe incluirse aquí cualquier tipo de combinación de síntomas no contemplado en las categorías previas F20-F25, tales como ideas delirantes diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia en el criterio G1.1.b) o d)

en F20.0-F20.3 (es decir, otras que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiadas), más catatonía.

F29 Psicosis no orgánica sin especificación

Psicosis sin especificación.

Excluye: Trastorno mental sin especificación (F99).
Psicosis orgánica o sintomática sin especificación (F09).

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

Esta sección incluye un grupo de trastornos cuya alteración fundamental es un cambio en el humor o en la afectividad hacia la depresión (con o sin ansiedad asociada) o la euforia. El cambio en el humor se suele acompañar de un cambio en el nivel general de actividad; los demás síntomas, en su mayoría, son secundarios a, o fácilmente comprensibles en el contexto del cambio en el humor y la actividad. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de un episodio en particular puede, a menudo, estar relacionado con la presencia de acontecimientos o situaciones estresantes.

Notas diagnósticas

Los trastornos del humor (afectivos) que aparecen en la infancia o adolescencia deben codificarse utilizando las categorías de esta sección, en la medida que se ajusten a las descripciones dadas (pero véase también F92, Trastornos mixtos de la conducta y las emociones).

Esta clasificación permite el diagnóstico de un primer episodio individual de manía e hipomanía, sin que ello implique la necesidad de establecer un diagnóstico general de trastorno bipolar. Esto se debe a que una proporción importante de pacientes presenta un único episodio de enfermedad.

Se admite que los síntomas que aquí se refieren como “somáticos” podrían haberse denominado de igual forma “melancólicos”, “vitales”, “biológicos” o “endogenomorfos”. La situación de este síndrome todavía es incierta, pero se ha incluido porque muchos clínicos consideran útil el concepto.

F30 Episodio maniaco

Todas las subdivisiones de esta categoría sólo deben utilizarse para un episodio aislado. Los episodios maníacos o hipomaníacos en sujetos que hayan padecido uno o más episodios afectivos previos (depresivos, hipomaníacos, maníacos o mixtos), deben codificarse como trastorno bipolar (F31.-).

Incluye: Trastorno bipolar, episodio maniaco aislado.

F30.0 Hipomanía

Es un trastorno caracterizado por una elevación leve y persistente del ánimo, un aumento de la energía y de la actividad y, normalmente, sentimientos marcados de bienestar y eficiencia física y mental. También es frecuente que el individuo se muestre más sociable y hablador, que se comporte con una familiaridad excesiva, que muestre un excesivo vigor sexual y disminución de las necesidades de sueño, pero sin llegar al extremo de interferir con la actividad laboral o provocar rechazo social. Puede haber irritabilidad y un comportamiento grosero y engreído, en lugar

de la sociabilidad eufórica que es más frecuente. Las alteraciones en el humor y el comportamiento no se acompañan de alucinaciones ni ideas delirantes.

CDI-10

- A. Humor elevado o irritable hasta un grado claramente anormal para el individuo afectado y mantenido durante, al menos, cuatro días consecutivos.
- B. Deben estar presentes por lo menos tres de los siguientes signos ocasionando alguna interferencia en el funcionamiento normal de la vida diaria:
 1. Aumento de la actividad o inquietud física.
 2. Aumento de la locuacidad.
 3. Dificultad para concentrarse o distraibilidad.
 4. Disminución de las necesidades de sueño.
 5. Aumento del vigor sexual.
 6. Leve aumento de los gastos u otro tipo de comportamiento temerario o irresponsable.
 7. Aumento de la sociabilidad o exceso de familiaridad.
- C. El episodio no cumple criterios de manía (F30.1 y F30.2), trastorno bipolar (F31.-), episodio depresivo (F32.-), ciclotimia (F34.0) ni anorexia nerviosa (F50.0).
- D. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) ni a ningún trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09).

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos

El humor está elevado sin relación con las circunstancias del paciente, y puede variar de una jovialidad descuidada a una excitación casi incontrolable. La euforia se acompaña de aumento de energía, que ocasiona un exceso de actividad, logorrea y disminución de las necesidades de sueño. No puede mantenerse la atención y a menudo hay una distraibilidad marcada. La autoestima suele ser exagerada, con ideas de grandiosidad y exceso de confianza. La pérdida de las inhibiciones sociales normales puede conducir a un comportamiento temerario, imprudente o inapropiado a las circunstancias y al carácter del sujeto.

Nota diagnóstica

En algunos episodios maníacos el humor es irritable o suspicaz, en lugar de eufórico.

CDI-10

- A. Humor predominantemente exaltado, expansivo o irritable, y claramente anormal para el individuo afecto. El cambio del humor debe ser prominente



te y sostenido durante al menos una semana (a menos que sea suficientemente grave como para requerir un ingreso hospitalario).

- B. Deben estar presentes por lo menos tres de los siguientes signos (cuatro si el humor es simplemente irritable), que interfieren gravemente con el funcionamiento personal en la vida diaria:
1. Aumento de la actividad o inquietud física.
 2. Aumento de la locuacidad (logorrea).
 3. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de pensamiento acelerado.
 4. Pérdida de las inhibiciones sociales normales, que conduce a un comportamiento inapropiado a las circunstancias.
 5. Disminución de las necesidades de sueño.
 6. Autoestima exagerada o ideas de grandeza.
 7. Distraibilidad o cambios constantes de actividades o planes.
 8. Conducta imprudente o temeraria, cuyos riesgos el individuo no reconoce; por ejemplo, gastos disparatados, proyectos insensatos o conducción temeraria.
 9. Marcado aumento del vigor sexual o indiscreciones sexuales.
- C. No hay alucinaciones ni ideas delirantes, aunque pueden producirse alteraciones en la percepción (por ejemplo, hiperacusia subjetiva, apreciación de los colores como especialmente vívidos).
- D. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) ni a ningún trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09).

F30.2 Manía con síntomas psicóticos

Además del cuadro clínico descrito en F30.1, están presentes ideas delirantes (normalmente de grandeza) o alucinaciones (por lo general, en forma de voces que hablan directamente al paciente), o la excitación, la actividad motora excesiva y la fuga de ideas son tan severas, que el sujeto es incomprensible o inaccesible en la comunicación ordinaria.

Manía con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.

Manía con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

Estupor maníaco.

Nota diagnóstica

Un problema diagnóstico común es la distinción entre manía y esquizofrenia, sobre todo si el paciente es visto por primera vez en el momento álgido de la enfermedad. Una respuesta parcial a la medicación también puede ocasionar problemas diagnósticos, puesto que, a menudo, la hiperactividad responde antes a la medicación que las ideas delirantes y las alucinaciones.

CDI-10

- A. El episodio cumple los criterios de manía sin síntomas psicóticos (F30.1), con la excepción del criterio C.



- B. El episodio no cumple simultáneamente los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) o de trastorno esquizoafectivo tipo maníaco (F25.0).
- C. Presencia de ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia —criterio G1.1.b), c) y d) de F20.0-F20.3— (es decir, ideas delirantes que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiadas, y alucinaciones que no sean voces en tercera persona o comentando la propia actividad). Los ejemplos más comunes son los de un contenido de grandeza, autorreferencial, erótico o persecutorio.
- D. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10.F19) o a ningún trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09).

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar si las alucinaciones o las ideas delirantes son o no congruentes con el estado de ánimo:

- F30.20 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo (como son ideas delirantes de grandeza, o voces diciendo al sujeto que tiene poderes sobrehumanos).
- F30.21 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo (como son voces hablando al sujeto de temas afectivamente neutros, o ideas delirantes de referencia o persecución).

F30.8 Otros episodios maníacos

F30.9 Episodio maníaco sin especificación

Manía sin especificación.

F31 Trastorno bipolar

Trastorno que se caracteriza por dos o más episodios en los cuales el humor y los niveles de actividad del paciente están significativamente alterados. Esta alteración consiste, en algunas ocasiones, en un humor elevado y un aumento de la energía y la actividad (hipomanía o manía), y en otras, en un humor bajo y una disminución de la energía y la actividad (depresión). Los episodios repetidos solamente de hipomanía o manía se clasifican como otro trastorno bipolar (F31.8).

Incluye: Enfermedad maníaco-depresiva.
Psicosis maníaco-depresiva.
Reacción maníaco-depresiva.

Excluye: Trastorno bipolar, episodio maníaco único (F30.-).
Ciclotimia (F34.0).

Nota diagnóstica

Los episodios se delimitan por el paso de episodio a su opuesto o de tipo mixto, o por una remisión.

F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco

El paciente está actualmente hipomaníaco y ha padecido, al menos, otro episodio afectivo en el pasado [hipomaníaco, maníaco, depresivo o trastorno del humor (afectivo) mixto].

CDI-10

- A. El episodio actual cumple los criterios de hipomanía (F30.0).
- B. Ha existido al menos otro episodio afectivo en el pasado que cumplía los criterios de episodio hipomaníaco o maníaco (F30.), de episodio depresivo (F32.-) o de episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto (F38.00).

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

El paciente está actualmente maníaco sin síntomas psicóticos (como en F30.1) y ha padecido, al menos, otro episodio afectivo en el pasado [hipomaníaco, maníaco, depresivo o trastorno del humor (afectivo) mixto].

CDI-10

- A. El episodio actual cumple los criterios de manía sin síntomas psicóticos (F30.1).
- B. Ha existido al menos otro episodio afectivo en el pasado que cumplía los criterios de episodio hipomaníaco o maníaco (F30.), de episodio depresivo (F32.-) o de episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto (F38.00).

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

El paciente está actualmente maníaco con síntomas psicóticos (como en F30.2) y ha padecido, al menos, otro episodio afectivo en el pasado [hipomaníaco, maníaco, depresivo o trastorno del humor (afectivo) mixto].

CDI-10

- A. El episodio actual cumple los criterios de manía con síntomas psicóticos (F30.2).
- B. Ha existido al menos otro episodio afectivo en el pasado que cumplía los criterios de episodio hipomaníaco o maníaco (F30.-), de episodio depresivo (F32.-) o de episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto (F38.00).

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar si los síntomas psicóticos son o no congruentes con el estado de ánimo:

- F31.20 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.
- F31.21 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado

El paciente está actualmente deprimido, como en un episodio depresivo de gravedad leve o moderada (F32.0 o F32.1), y ha padecido al menos un episodio afectivo comprobado de hipomanía, manía o trastorno del humor (afectivo) mixto en el pasado.

CDI-10

- A. El episodio actual cumple los criterios de episodio depresivo leve (F32.0) o moderado (F32.1).
- B. Ha existido al menos otro episodio afectivo en el pasado que cumplía los criterios de episodio hipomaníaco o maníaco (F30.-) o de episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto (F38.00).

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia del “síndrome somático”, como se define en F32.-, en el episodio actual de depresión:

- F31.30 Sin síndrome somático.
- F31.31 Con síndrome somático

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

El paciente está actualmente deprimido como en un episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2) y ha padecido, al menos, un episodio afectivo comprobado de hipomanía, manía o trastorno del humor (afectivo) mixto en el pasado.

CDI-10

- A. El episodio actual cumple los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2).
- B. Ha existido al menos otro episodio en el pasado, bien comprobado, de hipomanía o manía (F30.-) o trastorno del humor (afectivo) mixto (F38.00).

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

El paciente está actualmente deprimido como en un episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3) y ha padecido, al menos, un episodio afectivo probado de hipomanía, manía o trastorno del humor (afectivo) mixto en el pasado.

CDI-10

- A. El episodio actual cumple los criterios de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3).
- B. Ha existido al menos un episodio en el pasado, bien comprobado, de hipomanía o manía (F30.-) o trastorno del humor (afectivo) mixto (F38.00).

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar si los síntomas psicóticos son o no congruentes con el estado de ánimo:

- F31.50 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.
- F31.51 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto

El paciente ha padecido al menos un episodio probado hipomaniaco, maniaco, depresivo o de trastorno del humor (afectivo) mixto en el pasado, y actualmente presenta una mezcla o una sucesión rápida de síntomas maniacos y depresivos.

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

CDI-10

- A. El episodio actual se caracteriza por una mezcla o una sucesión rápida (es decir, en pocas horas) de síntomas hipomaniacos, maniacos y depresivos.



- B. Ambos tipos de síntomas, maníacos y depresivos, deben ser prominentes la mayor parte del tiempo durante un período de al menos dos semanas.
- C. Ha existido al menos un episodio en el pasado, bien comprobado, de hipomanía o manía (F30.-), depresivo (F32.-) o de trastorno del humor (afectivo) mixto (F38.00).

F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión

El paciente ha padecido en el pasado al menos un episodio comprobado de hipomanía, manía o trastorno del humor (afectivo) mixto y, además, por lo menos otro episodio afectivo [hipomaníaco, maníaco, depresivo, o trastorno del humor (afectivo) mixto], pero en la actualidad no sufre ninguna alteración significativa del humor ni la ha sufrido en varios meses. Los períodos de remisión durante el tratamiento preventivo deben codificarse aquí.

CDI-10

- A. El estado actual no cumple criterios de episodio maníaco ni depresivo de ninguna gravedad, ni de ningún otro trastorno del humor (afectivo) en F30-F39 (probablemente a causa de la medicación, destinada a reducir el riesgo de episodios futuros).
- B. Ha existido en el pasado al menos un episodio, bien comprobado, hipomaníaco o maníaco (F30.-) y, además, por lo menos otro episodio afectivo, hipomaníaco o maníaco (F30.-), depresivo (F32.-) o mixto (F38.00).

F31.8 Otros trastornos bipolares

Trastorno bipolar II.
Episodios maníacos recurrentes.

F31.9 Trastorno bipolar sin especificación

F32 Episodio depresivo

En los episodios depresivos típicos, ya sean leves, moderados o graves, el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de

la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas “somáticos”, como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave.

Incluye: Episodios aislados de:

- Reacción depresiva.
- Depresión psicógena.
- Depresión reactiva.

Excluye: Trastorno de adaptación (F43.2).

Trastorno depresivo recurrente (F33.-).

Cuando se asocia a trastorno de la conducta en F91.- (F92.0).

CDI-10

- G1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- G2. No ha habido síntomas hipomaníacos o maníacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaníaco o maníaco (F30.-) en ningún período de la vida del individuo.
- G3. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a ningún trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09).

Síndrome somático

Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos que aquí se denominan “somáticos” tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se utilizan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos).

Puede utilizarse un quinto carácter (como se indica en F31.3; F32.0 y F32.1; F33.0 y F33.1) para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático. Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes en actividades que normalmente eran placenteras.
2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente producen una respuesta emocional.
3. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
5. Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas).
6. Pérdida marcada de apetito.
7. Pérdida de peso (5% o más del peso corporal del último mes).
8. Notable disminución de la libido.

Nota diagnóstica

En la *Clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, la presencia o ausencia del síndrome somático no se especifica en el episodio depresivo grave, puesto que se supone que está presente en la mayoría de los casos. Sin embargo, con fines de investigación puede ser conveniente permitir la codificación de la ausencia del síndrome somático en el episodio depresivo grave.

F32.0 Episodio depresivo leve

Suelen estar presentes dos o tres de los síntomas (anotados antes en F32 y también enumerados a continuación). El paciente, por lo general, está afectado por ellos, pero probablemente podrá seguir con muchas de las actividades que realiza.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B. Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes:
 1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas.
 2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
 3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.
- C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro:
 1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
 2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
 4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
 5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
 6. Cualquier tipo de alteración del sueño.
 7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del “síndrome somático” (definido en la página 97):

- F32.00 Sin síndrome somático.
- F32.01 Con síndrome somático.

F32.1 Episodio depresivo moderado

Normalmente están presentes cuatro o más de los síntomas (anotados antes en F3 y también enumerados a continuación) y el paciente es muy probable que tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B. Presencia de, al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B de F32.0.
- C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos seis síntomas.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del “síndrome somático” (definido en la página 97):

F32.10 Sin síndrome somático.

F32.11 Con síndrome somático.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Episodio depresivo en el que varios de los síntomas descritos anteriormente son marcados y afectan al paciente; son típicas la pérdida de la autoestima y las ideas de autodesprecio o culpa. También son comunes las ideas o actos suicidas y suelen estar presentes unos cuantos síntomas “somáticos”.

Episodio aislado sin síntomas psicóticos de:

- Depresión agitada.
- Depresión mayor.
- Depresión vital.

Nota diagnóstica

Si síntomas importantes, como agitación o enlentecimiento, son notables, el paciente puede no estar dispuesto o ser incapaz de describir con detalle muchos síntomas. A pesar de ello, una valoración global de episodio grave está justificada en tales casos.

CDI-10

- A. Deben cumplir los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B. Presencia de los tres síntomas del criterio B de F32.0.
- C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, hasta un total de al menos ocho.
- D. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Un episodio de depresión tal como se describe en F32.2, pero con la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, enlentecimiento psicomotriz o estupor suficientemente graves que imposibilitan las actividades sociales ordinarias. La vida del paciente puede estar en peligro por riesgo de suicidio, deshidratación o inanición. Las alucinaciones y las ideas delirantes pueden o no ser congruentes con el estado de ánimo.

Episodio aislado de:

- Depresión mayor con síntomas psicóticos.
- Psicosis depresiva psicógena.
- Depresión psicótica.
- Psicosis depresiva reactiva.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B. Deben cumplirse los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2), a excepción del criterio D.
- C. No se cumplen los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) ni de trastorno esquizoafectivo (F25.1).
- D. Presencia de cualquiera de los siguientes:
 1. Ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia —criterio G1.1.b), c) y d) de F20.0-F20.3— (es decir, ideas delirantes que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiadas, y alucinaciones que no sean voces en tercera persona o comentando la propia actividad). Los ejemplos más comunes son las de un contenido depresivo, de culpa, hipocondríaco, nihilístico, autorreferencial o persecutorio.
 2. Estupor depresivo.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar si los síntomas psicóticos son o no congruentes con el estado de ánimo:

- F32.30 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo, ideas delirantes de culpa, inutilidad, de enfermedad corporal o de desastre inminente, o alucinaciones auditivas de burla o condenatorias).
- F32.31 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo, ideas delirantes de persecución o autorreferenciales o alucinaciones sin un contenido afectivo).

F32.8 Otros episodios depresivos

Depresión atípica.

Episodios aislados de depresión “enmascarada” sin especificación.

Nota diagnóstica

Deben incluirse aquí los episodios que no se ajusten a las descripciones dadas para los episodios depresivos en F32.0-F32.3, pero cuya impresión diagnóstica global indique que son de naturaleza depresiva. Entre los ejemplos se incluyen mezclas de síntomas depresivos (en particular los del síndrome somático) con síntomas no diagnósticos, tales como tensión, preocupación y aflicción, y mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o astenia que no se deben a causas orgánicas (como a veces se ven en medios hospitalarios).

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Depresión sin especificación.
Trastorno depresivo sin especificación.

F33 Trastorno depresivo recurrente

Se trata de un trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, tal como se describe el episodio depresivo (F32.-), sin antecedentes de episodios independientes de elevación del estado de ánimo o aumento de energía (manía). No obstante, puede haber breves episodios de elevación leve del estado de ánimo y actividad excesiva (hipomanía) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces producidos por el tratamiento antidepresivo. Las formas más graves de trastorno depresivo recurrente (F33.2 y F33.3) tienen mucho en común con los conceptos clásicos de depresión maníaco-depresiva, melancolía, depresión vital y depresión endógena. El primer episodio puede producirse a cualquier edad, desde la infancia a la edad tardía; el inicio puede ser tanto agudo como insidioso, y la duración varía de pocas semanas a muchos meses. El riesgo de que un paciente con un trastorno depresivo recurrente tenga un episodio de manía no desaparece nunca por completo, aunque se hayan padecido muchos episodios depresivos. En tal caso, si se produce un episodio de manía, el diagnóstico deberá cambiarse a trastorno bipolar (F31.-).

Incluye: Episodios recurrentes de:

- Reacción depresiva.
- Depresión psicógena.
- Depresión reactiva.

Trastorno depresivo estacional.

Excluye: Episodios depresivos breves recurrentes (F38.1).

CDI-10

- G1. Ha habido al menos un episodio depresivo previo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 o F32.3), con una duración mínima de dos semanas



y separado del episodio actual por, al menos, dos meses libres de cualquier alteración significativa del estado de ánimo.

- G2. En ningún momento del pasado ha habido un episodio que cumpliera los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco (F30.-).
- G3. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a ningún trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09).

Se recomienda especificar el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, siendo el episodio actual leve, como en F32.0, y sin ningún antecedente de manía.

CDI-10

- A. Se cumplen los criterios generales de trastorno depresivo recurrente (F33).
- B. El episodio actual cumple los criterios de episodio depresivo leve (F32.0). Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia y/o ausencia del síndrome somático —como se define en F32.— en el episodio actual:
- F33.00 Sin síndrome somático.
- F33.01 Con síndrome somático.

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, siendo el episodio actual moderado, como en F32.1, y sin ningún antecedente de manía.

CDI-10

- A. Se cumplen los criterios generales de trastorno depresivo recurrente (F33).
- B. El episodio actual cumple los criterios de episodio depresivo moderado (F32.1). Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia y/o ausencia del síndrome somático —como se define en F32.— en el episodio actual:
- F33.10 Sin síndrome somático.
- F33.11 Con síndrome somático.

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos

Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, siendo el episodio actual grave sin síntomas psicóticos, como en F32.2, y sin ningún antecedente de manía.

- Depresión endógena sin síntomas psicóticos.
- Depresión mayor actual sin síntomas psicóticos.
- Psicosis maníaco-depresiva, tipo depresivo sin síntomas psicóticos.
- Depresión vital recurrente sin síntomas psicóticos.

CDI-10

- A. Se cumplen los criterios generales de trastorno depresivo recurrente (F33).
- B. El episodio actual cumple los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2).

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos

Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, siendo el episodio actual grave con síntomas psicóticos, como en F32.3, y sin episodios previos de manía.

- Depresión endógena con síntomas psicóticos.
- Psicosis maníaco-depresiva, tipo depresivo con síntomas psicóticos.
- Episodios recurrentes graves de:
 - Depresión mayor con síntomas psicóticos.
 - Psicosis depresiva psicógena.
 - Depresión psicótica.
 - Psicosis depresiva reactiva.

CDI-10

- A. Se cumplen los criterios generales de trastorno depresivo recurrente (F33).
- B. El episodio actual cumple los criterios de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3).

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar si los síntomas psicóticos son o no congruentes con el estado de ánimo:

- F33.30 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.
- F33.31 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

El paciente ha tenido dos o más episodios depresivos en el pasado, como se describen en F33.0-F33.3, pero ha estado sin síntomas depresivos durante varios meses.

CDI-10

- A. Se han cumplido en el pasado los criterios de trastorno depresivo recurrente (F33).
- B. El estado actual no cumple criterios de un episodio depresivo F32.- de ninguna gravedad, o para ningún otro trastorno de F30-F39.

Nota diagnóstica

Esta categoría puede utilizarse aunque el paciente esté recibiendo tratamiento para reducir el riesgo de más episodios.

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación

Depresión monopolar sin especificación.

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes

Se trata de trastornos del humor (afectivos) que son persistentes y, normalmente, como fluctuantes, en los cuales la mayor parte de episodios aislados no son lo suficientemente severos como para justificar los diagnósticos descritos de episodios depresivo leve o hipomaníaco. A causa de su duración de muchos años, y a veces la mayor parte de la vida adulta del paciente, conllevan un considerable malestar e incapacidad. En algunos casos pueden darse episodios aislados o recurrentes de depresión o de manía superpuestos a un trastorno del humor (afectivo) persistente.

F34.0 Ciclotimia

Estado de ánimo inestable de forma persistente que implica numerosos períodos de depresión y de euforia leves, ninguno de los cuales es suficientemente severo o prolongado para justificar el diagnóstico de trastorno bipolar (F31.-) o trastorno depresivo recurrente (F33.-). Este trastorno se encuentra con frecuencia en familiares de pacientes con un trastorno bipolar. Algunos pacientes con ciclotimia pueden finalmente desarrollar un trastorno bipolar.

Trastorno de personalidad afectiva.
Personalidad cicloide.
Personalidad ciclotímica.

CDI-10

- A. Presencia de un período de al menos dos años de inestabilidad del estado de ánimo, que implica varios períodos de depresión e hipomanía, con o sin períodos intermedios de estado de ánimo normal.
- B. Ninguna de las manifestaciones de depresión o hipomanía durante este período de dos años debe ser lo suficientemente severa o prolongada como para cumplir criterios de episodio maníaco o episodio depresivo (moderado o grave); sin embargo, pueden haberse producido episodios de manía o depresión antes, o pueden desarrollarse después de un período de inestabilidad persistente del estado de ánimo.
- C. Por lo menos en algunos de los períodos de depresión deben haberse presentado tres o más de los siguientes:
 1. Disminución de la energía o de la actividad.
 2. Insomnio.
 3. Pérdida de la confianza en sí mismo o sentimientos de inferioridad.
 4. Dificultad para concentrarse.
 5. Aislamiento social.
 6. Pérdida de interés o satisfacción por el sexo y otras actividades placenteras.
 7. Disminución de la locuacidad.
 8. Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado.
- D. Por lo menos en algunos de los períodos de elevación del estado de ánimo deben haberse presentado tres o más de los siguientes:
 1. Aumento de la energía o de la actividad.
 2. Disminución de las necesidades de sueño.
 3. Autoestima exagerada.
 4. Pensamiento agudizado o excepcionalmente creativo.
 5. Mayor sociabilidad de lo normal.
 6. Aumento de la locuacidad o del ingenio.
 7. Optimismo desmesurado o exageración de los logros del pasado.

Nota diagnóstica

Si se desea, puede especificarse el tipo de inicio como precoz (en la adolescencia tardía o en la segunda década) o tardío [normalmente entre la tercera y quinta décadas, tras un episodio de trastorno del humor (afectivo)].

F34.1 Distimia

Depresión crónica del estado de ánimo, que se prolonga al menos varios años, que no es suficientemente severa o en la que los episodios aislados no son lo sufi-

cientemente prolongados para justificar el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente leve, moderado o grave (F33.-).

Neurosis depresiva.
Trastorno de personalidad depresiva.
Depresión neurótica.
Depresión ansiosa persistente.

Excluye: Depresión ansiosa leve o no persistente (F41.2).

Nota diagnóstica

Aunque los síntomas actuales no justifiquen un diagnóstico de trastorno depresivo, el diagnóstico de distimia puede hacerse incluso si éste se ha dado en el pasado, particularmente si fue al inicio de la distimia. El equilibrio entre fases individuales de depresión leve y períodos intermedios de comparativa normalidad es muy variable. La distimia tiene mucho en común con los conceptos de depresión neurótica y neurosis depresiva.

CDI-10

- A. Presencia de un período de al menos dos años de humor depresivo constante o constantemente recurrente. Los períodos intermedios de estado de ánimo normal raramente duran más que pocas semanas y no hay episodios de hipomanía.
- B. Ninguno, o muy pocos, de los episodios individuales de depresión en este período de dos años debe ser lo suficientemente severo o prolongado para cumplir criterios de trastorno depresivo recurrente leve (F33.0).
- C. Presencia de por lo menos tres de los siguientes durante, al menos, alguno de los períodos de depresión:
 1. Disminución de la energía o de la actividad.
 2. Insomnio.
 3. Pérdida de la confianza en sí mismo o sentimientos de inferioridad.
 4. Dificultad para concentrarse.
 5. Llanto fácil.
 6. Pérdida de interés o satisfacción por el sexo y otras actividades placenteras.
 7. Sentimientos de desesperación o desesperanza.
 8. Percepción de incapacidad para afrontar las responsabilidades rutinarias de la vida diaria.
 9. Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado.
 10. Aislamiento social.
 11. Disminución de la locuacidad.

Nota diagnóstica

Si se desea, puede especificarse el tipo de inicio como precoz (en la adolescencia tardía o la segunda década) o tardío [normalmente entre la tercera y quinta décadas tras un episodio de trastorno del humor (afectivo)].

F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes**Nota diagnóstica**

Esta es una categoría residual para trastornos del humor (afectivos) persistentes que no son lo suficientemente severos o prolongados para ajustarse a los criterios de ciclotimia (F34.0) o distimia (F34.1), pero que, sin embargo, son clínicamente significativos. Se incluyen aquí algunos tipos de depresión previamente llamadas “neuróticas”, puesto que no cumplen criterios ni de ciclotimia (F34.0), de distimia (F34.1) ni de episodio depresivo leve (F32.0) o moderado (F32.1).

F34.9 Trastornos del humor (afectivo) persistente sin especificación**F38 Otros trastornos del humor (afectivos)**

Cualquier otro trastorno del humor (afectivo) que no esté justificada su clasificación en F30-F34, debido a su poca gravedad o duración.

Notas diagnósticas

Hay tantos trastornos posibles que podrían incluirse bajo F38, que no se ha intentado especificar criterios, excepto para el episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto (F38.00) y el trastorno depresivo breve recurrente (F38.10). Los investigadores que precisen criterios más exactos que los disponibles en las *Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, deberán establecerlos de acuerdo a los requisitos de sus estudios.

F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados.

F38.00 Episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto.

CDI-10

- A. El episodio se caracteriza por una mezcla o por una alternancia rápida (es decir, en pocas horas) de síntomas hipomaníacos, maníacos y depresivos.
- B. Ambos tipos de síntomas, maníacos y depresivos, deben ser prominentes la mayor parte del tiempo durante un período de al menos dos semanas.
- C. No hay antecedentes de episodios previos hipomaníacos, depresivos o mixtos.

F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes

F38.10 Trastorno depresivo recurrente breve

CDI-10

- A. El trastorno cumple los criterios sintomáticos de un episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2).
- B. Los episodios depresivos se han producido alrededor de una vez al mes durante el último año.
- C. Cada episodio individual dura menos de dos semanas (típicamente dos o tres días).
- D. Los episodios no se producen únicamente relacionados con el ciclo menstrual.

F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos)

Esta es una categoría residual para trastornos del humor (afectivos) que no cumplen criterios de ninguna de las categorías anteriores F30-F38.

F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

Psicosis afectiva sin especificación.

F40-F48

Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

Excluye: Cuando se asocie a trastorno disocial en F91.- (F92.8).

Notas diagnósticas

En el Capítulo V de la CIE-10 no se ha utilizado el concepto de neurosis como un principio fundamental de clasificación. Sin embargo, se han reunido juntos, en un amplio grupo, los trastornos neuróticos, los secundarios a situaciones estresantes y los somatomorfos, debido a su relación histórica y porque muchos de ellos se asocian con la presencia de estrés psicológicos.

Son frecuentes las mezclas de síntomas (en particular la coexistencia de ansiedad y depresión), pero para el diagnóstico, generalmente, es mejor intentar decidir cuál es el síntoma predominante. Se ha provisto una nueva categoría, trastorno mixto ansioso y depresivo (F41.2), para aquellos casos en que ningún tipo de síntomas alcance significación diagnóstica en sentido propio, y para aquellos casos en que resulta artificioso forzar una decisión entre uno de los dos trastornos.

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

Se trata de un grupo de trastornos en los cuales la ansiedad se produce sólo, o predominantemente, ante ciertas situaciones bien definidas que, en sí mismas, no son realmente peligrosas. En consecuencia, estas situaciones se evitan o se toleran con miedo característicamente. La preocupación del paciente puede centrarse en síntomas aislados, como palpitaciones o sensación de desvanecimiento, y a menudo se asocia con temores secundarios a morir, perder el control o volverse loco. El imaginar la posibilidad de entrar en contacto con la situación fóbica suele generar ansiedad anticipatoria. Con frecuencia coexisten ansiedad fóbica y depresión. El curso de ambos trastornos y las consideraciones terapéuticas en el momento de ser consultados, determinarán si son necesarios los dos diagnósticos —ansiedad fóbica y episodio depresivo— o sólo uno.

Notas diagnósticas

Las situaciones u objetos, que son el foco de ansiedad, deben ser externos al sujeto. Esto significa que las situaciones donde el miedo del paciente es a padecer una enfermedad (nosofobia) y a tener una deformidad (dismorfofobia) deben clasificarse en F45.2 (trastornos hipocondríacos); y si tales ideas son delirantes, entonces debe considerarse una categoría en F22 (trastornos de ideas delirantes persistentes).

En esta clasificación, las crisis de pánico que se producen ante una situación fóbica establecida se consideran como una manifestación de la gravedad de la fobia, a la que debe darse un diagnóstico de preferencia y codificarse como diag-

nóstico principal. En tales casos, si se requiere, las crisis de pánico pueden ser codificadas como un diagnóstico adicional o secundario, en la medida que éstas cumplan a los criterios de F41.0 (trastorno de pánico).

F40.0 Agorafobia

Conjunto de fobias claramente definidas que engloban miedos a salir de casa, a entrar en tiendas, a las multitudes y lugares públicos, o a viajar solo en autobuses, trenes o aviones. Las crisis de pánico es un hecho frecuente en episodios presentes y pasados. A menudo, también están presentes síntomas depresivos y obsesivos, y fobias sociales como rasgos subsidiarios. La evitación de la situación fóbica es prominente con frecuencia, y algunos agorafóbicos experimentan poca ansiedad porque son capaces de evitar sus situaciones fóbicas.

Agorafobia sin antecedentes de trastorno de pánico.
Trastorno de pánico con agorafobia.

CDI-10

- A. Miedo o evitación marcados y consistentes a, al menos, dos de las siguientes situaciones:
1. Multitudes.
 2. Lugares públicos.
 3. Viajar solo.
 4. Viajar lejos de casa.
- B. Al menos dos síntomas de ansiedad en las situaciones temidas deben haberse presentado juntas en, al menos, una ocasión desde el inicio del trastorno, y uno de los síntomas debe haber sido de los enumerados entre 1 y 4 a continuación:

Síntomas autonómicos:

1. Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas de los miembros.
4. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

Síntomas en el pecho y abdomen:

5. Dificultad para respirar.
6. Sensación de ahogo.
7. Dolor o malestar en el pecho.
8. Náuseas o malestar abdominal (p. ej., estómago revuelto).

Síntomas relacionados con el estado mental:

9. Sensación de mareo, inestabilidad, desvanecimiento o aturdimiento.
10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o que uno está lejos de la situación o "fuera de ella" (despersonalización).



11. Sensación de perder el control, de “volverse loco” o de perder el conocimiento.
12. Miedo a morir.

Síntomas generales:

13. Sofocos o escalofríos.
14. Sensación de entumecimiento u hormigueo.

- C. La evitación o los síntomas de ansiedad causan un malestar emocional significativo, y el sujeto reconoce que éstos son excesivos o irracionales.
- D. Los síntomas se restringen o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas.
- E. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* El miedo o la evitación de situaciones (criterio A) no es consecuencia de ideas delirantes, alucinaciones ni otros trastornos, tales como un trastorno mental orgánico (F00-F09), esquizofrenia y trastornos relacionados (F20-F29), trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) o un trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-), ni tampoco son secundarios a creencias culturales. Puede especificarse la presencia o ausencia de trastorno de pánico (F41.0) en la mayoría de las situaciones agorafóbicas utilizando un quinto carácter:

F40.00 Sin trastorno de pánico.

F40.01 Con trastorno de pánico.

Opciones para estimar la gravedad. La gravedad en F40.00 puede estimarse indicando el grado de evitación, teniendo en cuenta el contexto cultural. En F40.01 se puede estimar contabilizando los ataques de pánico.

F40.1 Fobias sociales

Miedo a ser examinado por otras personas, que conduce a evitar situaciones de encuentro social. Las fobias sociales más graves suelen asociarse con una baja autoestima y miedo a las críticas. El paciente puede consultar por ruborización, temblor de manos, náuseas o urgencia miccional y, en algunas ocasiones, puede estar convencido de que el problema primordial son estas manifestaciones secundarias de ansiedad. Los síntomas pueden progresar a crisis de pánico.

Antropofobia.

Neurosis social.

CDI-10

- A. Presencia de cualquiera de los siguientes:
1. Miedo marcado a ser el foco de atención, o miedo a comportarse de un modo que sería embarazoso o humillante.
 2. Evitación notable de ser el centro de atención, o de situaciones en las cuales hay miedo a comportarse de un modo que sería embarazoso o humillante.



Estos miedos se manifiestan en situaciones sociales tales como comer o hablar en público, encontrarse conocidos en público o introducirse o permanecer en actividades de grupo reducido (por ejemplo, fiestas, reuniones de trabajo, clases).

- B. Al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación temida, como se definen en el criterio B de F40.0, tienen que presentarse conjuntamente en una ocasión al menos desde el inicio del trastorno, y uno de los síntomas siguiente:
 - 1. Ruborización.
 - 2. Miedo a vomitar.
 - 3. Necesidad imperiosa o temor a orinar o defecar.
- C. Malestar emocional significativo ocasionado por los síntomas o la conducta de evitación, que el paciente reconoce excesivos o irrazonables.
- D. Los síntomas se limitan a las situaciones temidas o a la contemplación de las mismas.
- E. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* Los criterios A y B no se deben a ideas delirantes, alucinaciones u otros trastornos, como los trastornos mentales orgánicos (F00-F09), esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29), trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-), ni tampoco son secundarios a creencias de la propia cultura.

F40.2 Fobias específicas (aisladas)

Fobias restringidas a situaciones muy específicas, tales como la proximidad a un animal particular, a las alturas, a los truenos, a la oscuridad, a los espacios cerrados, a orinar o defecar en lavabos públicos, a comer ciertas comidas, a ir al dentista, o a la visión de sangre o heridas. Aunque la situación desencadenante sea específica y concreta, el contacto con ella puede provocar pánico, como en la agorafobia o la fobia social.

Acrofobia.
Zoofobias.
Claustrofobia.
Fobia simple.

Excluye: Dismorfofobia (no delirante) (F45.2), nosofobia (F45.2).

CDI-10

- A. Presencia de alguno de los siguientes:
 - 1. Miedo marcado a un objeto o situación específicos, no incluidos en la agorafobia (F40.0) o en la fobia social (F40.1).
 - 2. Evitación marcada de un objeto o situación específicos, no incluidos en la agorafobia (F40.0) o en la fobia social (F40.1).

Entre los objetos o situaciones más frecuentes están animales, pájaros, insectos, alturas, truenos, a volar, espacios pequeños cerrados, la visión de sangre o heridas, inyecciones, dentistas y hospitales.

- B. Los síntomas de ansiedad ante la situación temida, como se definen en el criterio B de F40.0, se deben haber manifestado en algún momento desde el inicio del trastorno.
- C. Malestar emocional significativo ocasionado por los síntomas o la evitación, y el individuo reconoce que son excesivos o irracionales.
- D. Los síntomas se limitan a la situación temida o a la contemplación de la misma.

Si se desea, las fobias específicas pueden subdividirse como sigue:

- Tipo animal (p. ej., insectos, perros).
- Tipo fuerzas de la naturaleza (p. ej., tormentas, agua).
- Tipo sangre, inyecciones y heridas.
- Tipo situacional (p. ej., ascensores, túneles).
- Otro tipo.

F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica

F40.9 Trastornos de ansiedad fóbica sin especificación

Fobia sin especificación.
 Estado fóbico sin especificar.

F41 Otros trastornos de ansiedad

Trastornos en los cuales el síntoma primordial es la ansiedad y ésta no se limita a ninguna situación ambiental o externa particular. También puede haber síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, siempre y cuando éstos sean claramente secundarios o menos severos.

F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

La manifestación esencial son ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico), que no se limitan a ninguna situación particular o una serie de circunstancias y que son, por lo tanto, impredecibles. Como sucede con otros trastornos de ansiedad, los síntomas dominantes incluyen un inicio repentino de palpitaciones, dolor torácico, sensación de asfixia, mareo y sensaciones de irrealidad (despersonalización

o desrealización). A menudo existe un miedo secundario a morir, perder el control o volverse loco. No debe realizarse el diagnóstico de trastorno de pánico como diagnóstico principal si el paciente, en el momento de iniciarse los ataques, padece un trastorno depresivo; en estas circunstancias, los ataques de pánico son secundarios a la depresión probablemente.

Ataque de pánico.

Estado de pánico.

Excluye: Trastorno de pánico con agorafobia (F40.0).

CDI-10

- A. El sujeto experimenta ataques de pánico que no se asocian de forma consistente con una situación u objeto específicos, y que se producen espontáneamente (es decir, los episodios son impredecibles). Los ataques de pánico no se asocian con un ejercicio físico intenso o con la exposición a situaciones peligrosas o amenazantes para la vida.
- B. Un ataque de pánico se caracteriza por todos los siguiente:
 1. Es un episodio diferenciado de intenso miedo o de malestar.
 2. Se inicia abruptamente.
 3. Alcanza su máxima intensidad en pocos minutos y dura, por lo menos, algunos minutos.
 4. Se presentan al menos cuatro de los síntomas enumerados a continuación, de los cuales uno debe ser del grupo a)-d).

Síntomas autonómicos:

- a) Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
- b) Sudoración.
- c) Temblores o sacudidas.
- d) Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

Síntomas relacionados con el tórax y abdomen:

- e) Dificultad para respirar.
- f) Sensación de ahogo.
- g) Dolor o malestar en el pecho.
- h) Náuseas o malestar abdominal (p. ej., estómago revuelto).

Síntomas relacionados con el estado mental:

- i) Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
- j) Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o "no realmente aquí" (despersonalización).
- k) Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder el conocimiento.
- l) Miedo a morir.

Síntomas generales:

- m) Sofocos de calor o escalofríos.
- n) Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.

- C. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* Los ataques de pánico no se deben a una enfermedad orgánica, trastorno mental orgánico (F00-F09) u



otros trastornos mentales, como esquizofrenia y trastornos relacionados (F20-F29), trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) o trastornos somatomorfos (F45.-).

El grado de variación individual, tanto en el contenido como en la severidad, es tan grande, que, si se desea, puede especificarse en dos grados, moderado y grave, mediante un quinto carácter:

- F41.00 Trastorno de pánico moderado (por lo menos cuatro ataques de pánico en un período de cuatro semanas).
- F41.01 Trastorno de pánico grave (al menos cuatro ataques de pánico por semana, en un período de unas cuatro semanas).

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Ansiedad que es generalizada y persistente, pero que no se limita o incluso ni siquiera predomina en ningunas circunstancias ambientales particulares (es decir, es una "ansiedad libre flotante"). Los síntomas predominantes son variables, pero los quejas más frecuentes incluyen constante nerviosismo, temblores, tensión muscular, sudoración, aturdimiento, palpitaciones, mareos y malestar epigástrico. A menudo, el paciente manifiesta temor a que él u otro allegado vaya, en breve, a padecer una enfermedad o a tener un accidente.

Neurosis de ansiedad.
 Reacción de ansiedad.
 Estado de ansiedad.

Excluye: Neurastenia (F48.0).

Notas diagnósticas

Para los niños pueden aplicarse criterios diferentes (véase F93.80).

En niños y adolescentes el tipo de quejas que se manifiestan ante ansiedad general suelen ser más limitadas que en los adultos, y los síntomas específicos de hiperactividad vegetativa suelen ser menos prominentes. Para esos casos, si se prefiere, pueden utilizarse los criterios alternativos que se recogen en F93.80 (trastorno de ansiedad generalizada en la infancia).

CDI-10

- A. Presencia de un período de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria.
- B. Presencia de al menos cuatro de los síntomas listados a continuación, de los cuales por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4:

Síntomas autonómicos:

1. Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.

2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

Síntomas relacionados con el pecho y abdomen:

5. Dificultad para respirar.
6. Sensación de ahogo.
7. Dolor o malestar en el pecho.
8. Náuseas o malestar abdominal (p. ej., estómago revuelto).

Síntomas relacionados con el estado mental:

9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o “no realmente aquí” (despersonalización).
11. Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia.
12. Miedo a morir.

Síntomas generales:

13. Sofocos de calor o escalofríos.
14. Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.
15. Tensión, dolores o molestias musculares.
16. Inquietud e incapacidad para relajarse.
17. Sentimiento de estar “al límite” o bajo presión, o de tensión mental.
18. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

Otros síntomas no específicos:

19. Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.
 20. Dificultad para concentrarse o de “mente en blanco”, a causa de la preocupación o de la ansiedad.
 21. Irritabilidad persistente.
 22. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.
- C. El trastorno no cumple criterios de trastorno de pánico (F41.0), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-) o trastorno hipocondríaco (F45.2).
- D. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* El trastorno de ansiedad no se debe a un trastorno orgánico, como hipertiroidismo, a un trastorno mental orgánico (F00-F09) o trastorno relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19), tales como un exceso de consumo de derivados amfetamínicos o abstinencia a benzodiazepinas.

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo

Esta categoría debe utilizarse cuando se presenten ambos tipos de síntomas, de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomine claramente. Además, ningún tipo de síntomas está presente hasta el extremo que justifique un diagnós-

tico por separado. Cuando los síntomas depresivos y ansiosos sean lo suficientemente severos como para justificar un diagnóstico individual de cada tipo, deben registrarse ambos diagnósticos y no utilizar esta categoría.

Depresión ansiosa (leve o no persistente).

Nota diagnóstica

Hay tantas combinaciones posibles de síntomas comparativamente leves para estos trastornos, que no se proporcionan unos criterios específicos, aparte de los que se hallan en las descripciones y pautas para el diagnóstico. Se sugiere a los investigadores que deseen estudiar enfermos con estos trastornos que diseñen sus propios criterios a partir de las pautas, en función de las condiciones y finalidades del estudio.

F41.3 Otros trastornos mixtos de ansiedad

Síntomas de ansiedad junto a rasgos de otros trastornos en F42-F48. Pero ningún tipo de síntoma es lo suficientemente severo como para justificar un diagnóstico por separado.

F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados

Ansiedad histérica.

F41.9 Otros trastornos de ansiedad sin especificación

Ansiedad sin especificación.

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo

La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos que irrumpen una y otra vez en la mente del paciente de forma estereotipada. Casi siempre son molestos y el paciente a menudo intenta, sin éxito, resistirse a ellos. No obstante, el individuo los reconoce como pensamientos propios, incluso aunque sean involuntarios y con frecuencia repugnantes. Los actos compulsivos o rituales son comportamientos estereotipados que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni tampoco llevan a completar tareas útiles de por sí. Su función es prevenir algún hecho objetivamente improbable, que suele referirse a recibir algún daño de alguien o que el paciente se lo pueda producir a otros. Normalmente, el paciente reconoce este comportamiento como carente de sentido o de eficacia y realiza intentos repetidos para resistirse a ellos. Si se opone resistencia a los actos compulsivos la ansiedad empeora.

Incluye: Neurosis anancástica.
Neurosis obsesivo-compulsiva.

Excluye: Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (F60.5).

CDI-10

- A. Presencia de obsesiones o compulsiones (o ambas) la mayor parte de los días durante un período de al menos dos semanas.
- B. Las obsesiones (pensamientos, ideas o imágenes) y las compulsiones (actos) comparten las siguientes características, que tienen que estar presentes todas:
 - 1. El paciente reconoce que se originan en su mente y no son impuestas externamente por personas o influencias.
 - 2. Son reiteradas y desagradables, y debe haber al menos una obsesión o una compulsión que el paciente reconoce como excesiva o irracional.
 - 3. El paciente intenta resistirse a ellas (aunque la resistencia a obsesiones o compulsiones de larga evolución puede ser mínima). Debe haber al menos una obsesión o una compulsión que es resistida sin éxito.
 - 4. Experimentar pensamientos obsesivos o llevar a cabo actos compulsivos no es en sí mismo placentero (lo cual debe distinguirse del alivio temporal de la ansiedad o tensión).
- C. Las obsesiones o las compulsiones producen malestar o interfieren con el funcionamiento social o individual del paciente, normalmente por el tiempo que consumen.
- D. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* Las obsesiones o las compulsiones no son resultado de otros trastornos mentales, tales como esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29) o trastornos del humor (afectivos) (F30-F39).

El diagnóstico puede especificarse más con los siguientes códigos para el cuarto carácter:

F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas

Pueden tomar la forma de ideas, imágenes mentales o impulsos a actuar, que casi siempre causan malestar al sujeto. Algunas veces las ideas son consideraciones indecisas y sin término de alternativas que se acompañan de incapacidad para tomar decisiones triviales, pero necesarias en la vida día a día. La relación entre rumiaciones obsesivas y depresión es especialmente próxima, y el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo sólo es preferible hacerlo si las rumiaciones aparecen o persisten en ausencia de un episodio depresivo.

F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)

La mayoría de los actos compulsivos se relacionan con la limpieza (en particular el lavado de las manos), con comprobaciones repetidas para asegurarse de que se han prevenido situaciones potencialmente peligrosas, de pulcritud y orden. En

esta conducta manifiesta subyace miedo, habitualmente a causar o ser objeto de un peligro, y el ritual es un intento ineficaz o simbólico de impedir ese peligro.

F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos

F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación

F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación

Esta categoría se diferencia de otras porque incluye trastornos no sólo identificables por los síntomas y el curso, sino también por la existencia de uno u otro de los dos factores causales siguientes: un acontecimiento vital excepcionalmente estresante que produce una reacción a estrés agudo, o un cambio vital significativo que conduce a unas circunstancias desagradables persistentes que conducen a un trastorno de adaptación. Aunque situaciones de estrés psicosocial menos graves (“acontecimientos vitales”) pueden precipitar el inicio o contribuir a la presentación de una variedad muy amplia de trastornos clasificados en otras partes de esta clasificación, su importancia etiológica no siempre está clara, y en cada caso se encontrará que dependen de la vulnerabilidad individual, a menudo idiosincrásica, es decir, los acontecimientos vitales no son causa necesaria ni suficiente para explicar la aparición y forma del trastorno. Por el contrario, los trastornos agrupados en esta categoría se suponen siempre una consecuencia directa de un estrés agudo grave o de una situación traumática sostenida. Los acontecimientos estresantes o las situaciones desagradables persistentes son los factores causales primarios y preponderantes, y en su ausencia el trastorno no se hubiera producido. De esta forma, los trastornos de esta sección han de considerarse como una respuesta mal-adaptativa a estrés grave o persistente, que interfiere con los mecanismos de afrontamiento satisfactorios y, por lo tanto, llevan a un deterioro del funcionamiento social.

Nota diagnóstica

Los actos de autoagresión, sobre todo la intoxicación intencionada con medicación prescrita muy próximos en el tiempo con el inicio de una reacción a estrés o a un trastorno de adaptación, deben codificarse mediante un código adicional x del Capítulo XX de la CIE-10. Estos códigos no permiten distinguir entre intentos de suicidio y actos “parasuicidas”, y ambos se incluyen en la categoría general de autoagresiones.

F43.0 Reacción a estrés agudo

Se trata de un trastorno transitorio que se produce en un individuo, sin aparentemente ningún otro trastorno mental, en respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional, que remite normalmente en horas o días. En la aparición y gravedad de las reacciones a estrés agudo juegan un papel la vulnerabilidad y la capacidad de afrontamiento individuales. Los síntomas muestran un cuadro típicamente mixto y cambiante, e incluyen un estado inicial de “embotamiento” con alguna reducción del campo de conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar los estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de las circunstancias [hasta el extremo de un estupor disociativo (F44.2)], o a un estado de agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Con frecuencia están presentes signos autonómicos de ansiedad (taquicardia, sudoración, rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante, y desaparecen en dos o tres días (a menudo en pocas horas). Puede haber amnesia (F44.0) parcial o completa para el episodio. Si los síntomas persisten, debe considerarse un cambio en el diagnóstico.

Reacción aguda a crisis.
Reacción aguda a estrés.
Fatiga de combate.
Estado de crisis.
“Shock” psíquico.

CDI-10

- A. El paciente tiene que haber estado expuesto a un estresante excepcional físico o psicológico.
- B. La exposición al estresante se sigue del inicio inmediato de los síntomas (en una hora).
- C. Hay dos grupos de síntomas; la reacción a estrés agudo se califica como:
 - F43.00 Leve; sólo se cumple el criterio 1.
 - F43.01 Moderado; se cumple el criterio 1 y dos cualesquiera de los síntomas del criterio 2
 - F43.02 Grave; se cumple el criterio 1, y cuatro síntomas del criterio 2 o estupor disociativo (véase F44.2).
1. Se cumplen los criterios B, C y D del trastorno de ansiedad generalizada (F41.1).
2.
 - a) Abandono de la interacción social esperada.
 - b) Estrechamiento de la atención.
 - c) Aparente desorientación.
 - d) Ira o agresividad verbal.
 - e) Desesperanza o desesperación.
 - f) Hiperactividad inapropiada o sin propósito.
 - g) Duelo incontrolable y excesivo (juzgado a tenor del patrón cultural local).
- D. Si el estresante es transitorio o puede aliviarse, los síntomas deben empezar a disminuir en no más de ocho horas. Si la exposición al estresante continúa, los síntomas deben empezar a disminuir en no más de 48 horas.

- E. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. La reacción debe producirse en ausencia de cualquier otro trastorno mental y del comportamiento concurrente de la CIE-10 [excepto F41.1 (trastorno de ansiedad generalizada) y F60.- (trastornos de la personalidad)], y no dentro de los tres meses tras la finalización de un episodio de cualquier otro trastorno mental y del comportamiento.

F43.1 Trastorno de estrés post-traumático

Surge como una respuesta tardía o diferida a una situación o acontecimiento estresantes (de duración breve o prolongada) de una naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí misma un malestar generalizado en casi cualquier persona. Los factores de predisposición tales como rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos, asténicos) o el antecedente de una enfermedad neurótica previa pueden disminuir el umbral para el desarrollo del síndrome o agravar su curso, pero no son necesarios ni suficientes para explicar que se produzca. Las características típicas incluyen episodios repetidos de volver a vivir el trauma en forma de recuerdos molestos (reviviscencias o “flashbacks”), sueños o pesadillas, que se producen en el trasfondo persistente de una sensación de “aturdimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás, falta de respuesta al entorno, anhedonia y de evitación de actividades o situaciones evocadoras del trauma. Suele haber un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Junto a estos síntomas y signos, con frecuencia se asocian síntomas depresivos y ansiosos, y no es infrecuente la ideación suicida. El inicio del trastorno sigue al trauma con un período de latencia que puede variar de pocas semanas a meses. El curso es fluctuante, pero en la mayoría de los casos puede esperarse la recuperación. En una pequeña proporción de los casos el trastorno puede seguirse de un curso crónico de muchos años, con una eventual transición a una transformación persistente de la personalidad (F62.0).

Neurosis traumática.

CDI-10

- A. El paciente tiene que haber estado expuesto a un acontecimiento o situación estresantes (de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causaría malestar profundo en casi cualquier persona.
- B. Debe haber recuerdos persistentes de “revivir” el acontecimiento o situación estresantes en forma de reviviscencias (“flashbacks”), recuerdos vívidos o sueños recurrentes, o una sensación de malestar al exponerse a circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento o situación estresantes.
- C. El paciente debe mostrar una evitación real o preferente de circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento o situación estresantes, que no presentaba antes de la exposición al mismo.



- D. Presencia de alguno de los siguientes:
1. Incapacidad para recordar, parcial o completa, algunos aspectos importantes del período de exposición al acontecimiento o situación estresantes.
 2. Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación (ausentes antes de la exposición), que se manifiestan por dos cualesquiera de los siguientes:
 - a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
 - b) Irritabilidad o arrebatos de ira.
 - c) Dificultad para concentrarse.
 - d) Hipervigilancia.
 - e) Reacción de sobresalto exagerada.
- E. Deben cumplirse los criterios B, C y D dentro de los seis meses del acontecimiento estresante o del fin de un período de estrés (el comienzo diferido más de seis meses puede incluirse en circunstancias especiales, pero debe especificarse claramente).

F43.2 Trastornos de adaptación

Se trata de estados de malestar subjetivo y de alteraciones emocionales que habitualmente interfieren con el funcionamiento y actividad sociales, que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede haber afectado la integridad de la trama social del individuo (experiencias, separación, duelo) o el amplio sistema de soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado), o puede haber representado una transición mayor en el desarrollo o crisis (inicio de la etapa escolar, maternidad o paternidad, fallo en alcanzar una meta personal preciada, jubilación). En el riesgo de aparición y en la forma de las manifestaciones de los trastornos de adaptación juegan un papel importante la predisposición individual o la vulnerabilidad; sin embargo, se asume que el trastorno no hubiera aparecido en ausencia del agente estresante. Las manifestaciones son variables e incluyen humor depresivo, ansiedad o preocupación (o una mezcla de estos); sentimiento de incapacidad para afrontar, planificar el futuro o continuar en la situación presente, así como cierto grado de discapacidad en el desempeño de la rutina diaria. Una característica asociada pueden ser los trastornos disociales, particularmente en adolescentes. La manifestación predominante puede ser una reacción depresiva breve o prolongada, o una alteración de otras emociones y de la conducta (alteraciones disociales).

“Shock” cultural.
Reacción de duelo.
Hospitalismo en niños.

Excluye: Trastorno de ansiedad de separación en la infancia (F93.0).

Nota diagnóstica

En los niños, fenómenos regresivos como el volver a presentar enuresis nocturna, hablar como un bebé o chuparse el pulgar forman parte con frecuencia del cuadro sintomático. Si predominan estos síntomas debe utilizarse F43.23.

Reacciones normales de duelo.

Los contactos con servicios médicos y psiquiátricos a causa de reacciones normales de duelo, apropiadas a la cultura del individuo y que normalmente no excedan los seis meses, no deben registrarse en la codificación de este tomo, sino con códigos del Capítulo XXI de la CIE-10. Como el Z63.4 (desaparición o fallecimiento de un miembro de la familia), más, por ejemplo, el Z71.9 (consejo) o el Z73.3 (estrés no clasificado en otra parte). Por otra parte, las reacciones de duelo que a causa de su forma o contenido se consideren anormales, deben codificarse con alguno de los códigos siguientes: F43.22, F43.23, F43.24 o F43.25, y aquellas comparativamente normales en cuanto a forma y contenido, pero de una duración mayor de seis meses, con el código F43.21 (reacción depresiva prolongada).

CDI-10

- A. El inicio de los síntomas debe producirse en el mes posterior a la exposición a un estrés psicosocial identificable, pero no de tipo catastrófico ni inusitado.
- B. El individuo manifiesta síntomas o alteraciones del comportamiento del tipo de los descritos en cualquiera de los trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) (excepto ideas delirantes y alucinaciones), de cualquiera de los trastornos en F40-F48 (trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos) y de los trastornos disociales. Los síntomas pueden variar en forma y gravedad.

El rasgo predominante de los síntomas puede especificarse más utilizando un quinto carácter:

- F43.20 **Reacción depresiva breve.** Estado depresivo leve y transitorio de duración no superior a un mes.
- F43.21 **Reacción depresiva prolongada.** Estado depresivo leve que se produce en respuesta a la exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede los dos años.
- F43.22 **Reacción mixta de ansiedad y depresión.** Predominan ambos tipos de síntomas, pero a niveles no mayores que los especificados para el trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) u otro trastorno de ansiedad mixto (F41.3).
- F43.23 **Con predominio de alteraciones de otras emociones.** Los síntomas suelen ser de varios tipos de emoción, tales como ansiedad, depresión, preocupación, tensión e ira. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden cumplir criterios de trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) u otro trastorno de ansiedad mixto (F41.3), pero no predominan hasta el punto que pueda diagnosticarse otro trastorno depresivo o de ansiedad más específico. Esta categoría también debe utilizarse en niños que presentan conductas regresivas, como enuresis nocturna o chupeteo del pulgar.
- F43.24 **Con predominio de alteraciones disociales.** La principal alteración es la del comportamiento; por ejemplo, una reacción de duelo en un adolescente que resulta en un comportamiento agresivo o disocial.
- F43.25 **Con alteraciones de las emociones y disociales mixtas.** Los rasgos predominantes son de ambos tipos, síntomas emocionales y alteraciones del comportamiento.



F43.28 Con otros síntomas predominantes especificados.

- C. Excepto en la reacción depresiva prolongada (F43.21), los síntomas no persisten más de seis meses tras el cese del estrés o sus consecuencias. (No obstante, esto no es óbice para que se realice un diagnóstico provisional si todavía no se cumple este criterio.)

F43.8 Otras reacciones a estrés grave

F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación

F44 Trastornos disociativos (de conversión)

El aspecto común que comparten los trastornos disociativos o de conversión es la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales. Todos los tipos de trastornos disociativos tienden a remitir tras pocas semanas o meses, sobre todo si su inicio se asocia a un acontecimiento vital traumático. Pueden desarrollarse trastornos más crónicos, particularmente parálisis o anestias, si el inicio se asocia con problemas insolubles o dificultades interpersonales. Estos trastornos habrían sido clasificados previamente como diferentes tipos de "historia de conversión". Se supone que tienen un origen psicógeno y presentan una asociación temporal estrecha con acontecimientos traumáticos, problemas insolubles e intolerables o relaciones personales alteradas. Los síntomas representan a menudo el concepto que el paciente tiene de cómo se manifiesta una enfermedad médica. Las exploraciones e investigaciones médicas no revelan ninguna alteración física o neurológica conocida. Además, hay pruebas de que la pérdida de la función es una expresión de conflictos o necesidades emocionales. Los síntomas pueden desarrollarse en estrecha relación con estrés psicológico, y aparecen a menudo de forma repentina. Sólo se incluyen aquí trastornos de funciones orgánicas que normalmente están bajo control voluntario y trastornos de pérdida de sensibilidad. Los trastornos que incluyen dolor y otras sensaciones físicas complejas mediadas por el sistema nervioso autónomo, están clasificados en el trastorno de somatización (F45.0). Debe mantenerse siempre presente la posibilidad de que aparezca más tarde un trastorno somático grave o psiquiátrico.

Incluye: Histeria de conversión.
Reacción de conversión.
Psicosis histérica.

Excluye: Simulación (consciente) (Z76.5).

Nota diagnóstica

No se incluye aquí la despersonalización y la desrealización, puesto que en estos síndromes habitualmente sólo se afectan aspectos limitados de la identidad y sensaciones personales, y no pérdidas funcionales de la sensibilidad, de memoria o de la movilidad.

CDI-10

- G1. No debe haber pruebas de una alteración orgánica que pueda explicar los síntomas característicos de este trastorno (aunque puede haber trastornos orgánicos que den lugar a otros síntomas).
- G2. Presencia de asociaciones convincentes en tiempo entre el inicio de los síntomas y acontecimientos estresantes, problemas o necesidades.

F44.0 Amnesia disociativa

La característica principal es la pérdida de memoria, habitualmente de acontecimientos importantes recientes, que no se debe a un trastorno mental orgánico y demasiado amplia para que pueda explicarse por un olvido ordinario o por cansancio. La amnesia normalmente se centra en acontecimientos traumáticos, tales como accidentes o duelos inesperados, y suele ser parcial y selectiva. Una amnesia completa y generalizada es rara, y forma parte a menudo de una fuga (F44.1). Si es este el caso, el trastorno debe clasificarse como tal. No debe establecerse el diagnóstico ante la presencia de trastornos cerebrales orgánicos, intoxicación o cansancio excesivo.

Excluye: Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas (F10-F19 con el cuarto carácter común .6).
 Amnesia sin especificación (R41.1).
 Amnesia anterógrada (R41.1).
 Amnesia retrógrada (R41.2).
 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicoactivas (F04).
 Amnesia postictal en la epilepsia (G40.-).

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de trastorno disociativo (F44).
- B. Amnesia, parcial o completa, para acontecimientos o problemas recientes que fueron o todavía son traumáticos o estresantes.
- C. La amnesia es demasiado extensa y persistente para que pueda explicarse por un olvido habitual (aunque su profundidad y extensión puede variar de una a otra exploración) o por una simulación intencionada.

F44.1 Fuga disociativa

La fuga disociativa tiene todas las características de una amnesia disociativa, más un viaje determinado fuera de los lugares cotidianos. Aunque existe una amnesia durante el período de fuga, el comportamiento del paciente durante este tiempo puede ser completamente normal para observadores ajenos.

Excluye: Fuga postictal en la epilepsia (G40.-).

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de trastorno disociativo (F44).
- B. El individuo lleva a cabo un viaje inesperado pero organizado lejos de casa o de lugares habituales de trabajo y actividades sociales, durante el cual se mantiene un cuidado de sí mismo adecuado.
- C. Presencia de amnesia, parcial o completa, durante el viaje, la cual cumple el criterio C de amnesia disociativa (F44.0).

F44.2 Estupor disociativo

El estupor disociativo se diagnostica ante una profunda disminución o ausencia de los movimientos voluntarios y una respuesta normal a los estímulos externos, tales como la luz, el ruido o el ser tocado. La exploración física y pruebas complementarias ponen de manifiesto la ausencia de una causa orgánica. Además, hay pruebas positivas de una causa psicógena en forma de acontecimientos o problemas estresantes recientes.

Excluye: Trastorno catatónico orgánico (F06.1).

Estupor sin especificación (R40.1).

Estupor catatónico (F20.2).

Estupor depresivo (F31-F33).

Estupor maníaco (F30.2).

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de trastorno disociativo (F44).
- B. Hay una disminución profunda o ausencia de los movimientos voluntarios y del habla, y una respuesta normal a la luz, el ruido o el ser tocado.
- C. Están conservados el tono muscular, la postura en reposo y los movimientos respiratorios normales (y a menudo de los movimientos coordinados de los ojos).

F44.3 Trastornos de trance y de posesión

Trastornos en los cuales hay una pérdida temporal del sentido de la identidad personal y de la plena conciencia del entorno. Se incluyen sólo los estados de trance involuntarios o no deseados, que se producen fuera de situaciones religiosas o culturales aceptadas.

Excluye: Estados asociados con:

- Trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23.-)
- Trastorno orgánico de la personalidad (F07.0)
- Síndrome postconmocional (F07.2)
- Intoxicación por sustancias psicoactivas (F10-F19 con el cuarto carácter común .0)
- Esquizofrenia (F20.-)

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de trastorno disociativo (F44).
- B. Presencia de alguno de los siguientes:
 1. **Trance.** Alteración temporal del estado de conciencia, que se muestra por alguno de los siguientes:
 - a) Pérdida del sentido de identidad personal habitual.
 - b) Estrechamiento del campo de la conciencia del entorno inmediato o focalización inusual estrecha y selectiva en determinados estímulos del entorno.
 - c) Limitación de los movimientos, de las posturas y del habla para la repetición de un repertorio limitado.
 2. **Trastorno de posesión.** El individuo está convencido de haber sido poseído por un espíritu, poder, deidad u otra persona.
- C. Ambos, 1 y 2 del criterio B, deben ser no buscados y perturbadores, y se producen fuera o como prolongación de estados similares en situaciones religiosas o culturales aceptadas.
- D. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* El trastorno no se produce al mismo tiempo que una esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29), o trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) con alucinaciones e ideas delirantes.

F44.4- F44.7 Trastornos disociativos de la motilidad y de la sensibilidad

Notas diagnósticas

El criterio general G2 es especialmente importante para este subgrupo de trastornos. Los síntomas pueden ser vistos a menudo como la representación del con-

cepto que tiene el paciente de la enfermedad física, y pueden no coincidir con los principios anatómicos y fisiológicos.

Se incluyen aquí los trastornos en los que sólo hay una *pérdida* de la sensibilidad; los trastornos que presentan sensaciones adicionales, tales como dolor y otras sensaciones complejas mediadas por el sistema nervioso autónomo, se incluyen en los trastornos somatomorfos (F45.-).

El diagnóstico de uno de estos trastornos debe hacerse con gran precaución ante la presencia de alteraciones orgánicas del sistema nervioso, o en un individuo previamente bien adaptado con relaciones familiares y sociales normales.

F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad

Las variedades más frecuentes son la pérdida de la capacidad de movimiento de la totalidad o una parte de un miembro o miembros. Puede haber un parecido muy cercano a casi cualquier variedad de ataxia, apraxia, acinesia, afonía, disartria, discinesia, convulsiones o parálisis.

Afonía psicógena.
Disfonía psicógena.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de trastorno disociativo (F44).
- B. Presencia de alguno de los siguientes:
1. Pérdida completa o parcial de la capacidad para realizar movimientos que normalmente están bajo control voluntario (incluida el habla).
 2. Variedades o grados variables de falta de coordinación, ataxia o incapacidad para mantenerse en pie sin ayuda.

F44.5 Convulsiones disociativas

Las convulsiones disociativas pueden imitar muy bien a ataques epilépticos en cuanto a los movimientos, pero son raras la mordedura de la lengua, las contusiones debidas a las caídas y la incontinencia urinaria. No hay pérdida de conciencia o se reemplaza por un estado de estupor o de trance.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de trastorno disociativo (F44).

- B. El individuo presenta movimientos espasmódicos repentinos e inesperados, muy parecidos a cualquiera de las variedades de crisis epilépticas, pero que no se siguen por una pérdida de conciencia.
- C. Los síntomas del criterio B no se acompañan de mordedura de la lengua, contusiones o hematomas importantes debidos a las caídas, o incontinencia urinaria.

F44.6 Anestias y pérdidas sensoriales disociativas

Las áreas de anestesia de la piel, a menudo, tienen unos límites que reflejan más bien su relación con las ideas del paciente sobre las funciones corporales que con el conocimiento médico. Puede haber pérdidas diferenciales entre las distintas modalidades sensoriales que no pueden explicarse por una lesión neurológica. La pérdida sensorial puede acompañarse de parestesias. En los trastornos disociativos son raras la pérdida completa de la visión o de la audición.

Sordera psicógena.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de trastorno disociativo (F44).
- B. Presencia de alguno de los siguientes:
 1. Pérdida completa o parcial de alguna o todas las sensaciones cutáneas normales en una parte o todo el cuerpo (especificar: tacto, pinchazos, vibración, calor, frío).
 2. Pérdida completa o parcial de la visión, audición u olfato (especificar).

F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos

Combinación de trastornos especificados en F44.0-F44.6.

F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión)

Este código residual puede utilizarse para indicar estado disociativos y de conversión que cumplen los criterios A y B de F44, pero que no se ajustan a los criterios enumerados en F44.0-F44.7.

Se incluyen aquí: Confusión psicógena.
 Estado crepuscular psicógeno.

F44.80	Síndrome de Ganser (respuestas aproximadas)
--------	---

F44.81	Trastorno de personalidad múltiple
--------	------------------------------------

CDI-10

- A. Existencia de dos o más personalidades en el mismo individuo, siendo sólo una evidente a un tiempo.
- B. Cada personalidad tiene sus propios recuerdos, preferencias y patrones de comportamiento, y en algunos momentos (y recurrentemente) toma el control completo del comportamiento del individuo.
- C. Hay una incapacidad para recordar información personal importante que es demasiado extensa para poder explicarse por un olvido ordinario.
- D. Los síntomas no se deben a trastornos mentales orgánicos (F00-F09) (p. ej., trastornos epilépticos) o a trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) (p. ej., intoxicación o síndrome de abstinencia).

F44.82	Trastorno disociativo (conversión) en la infancia y adolescencia
--------	--

F44.88	Otro trastorno disociativo (conversión) específico
--------	--

Nota diagnóstica

No se proporcionan criterios de investigación específicos para todos los trastornos mencionados anteriormente, puesto que estos estados disociativos son poco frecuentes y no están bien descritos. Los investigadores que estudien estas condiciones en detalle deben especificar sus propios criterios de acuerdo con el propósito del estudio.

F44.9	Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación
-------	--

F45	Trastornos somatomorfos
------------	--------------------------------

La manifestación característica de este grupo de trastornos es la presentación repetida de síntomas físicos, junto a una solicitud insistente de investigaciones médicas, a pesar de los hallazgos negativos y la reiterada confirmación por los médicos de que esos síntomas no tienen base orgánica. Si está presente cualquier

enfermedad somática, ésta no explica la naturaleza y extensión de los síntomas, o el malestar y la preocupación del paciente.

Excluye: Trastornos disociativos (F44.-).
 Mesarse los cabellos (F98.4).
 Laleo (F80.0).
 Ceceo (F80.8).
 Onicofagia (F98.9).
 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar (F54.-).
 Disfunciones sexuales no orgánicas (F52.-).
 Succión del pulgar (F98.8).
 Trastorno de tics en la infancia y adolescencia (F95.-).
 Síndrome de Gilles de la Tourette (F95.2).
 Tricotilomanía (F63.3).

Nota diagnóstica

Las personas con estos trastornos también pueden mostrar, en cierta medida, un comportamiento de búsqueda de atención (histriónica), particularmente si están frustrados al no conseguir persuadir a los médicos de la naturaleza esencialmente física de su enfermedad y de la necesidad de más pruebas y exámenes.

F45.0 Trastorno de somatización

Los rasgos principales son síntomas físicos múltiples, recurrentes y frecuentemente cambiantes de al menos dos años de duración. La mayoría de pacientes tienen una larga y complicada historia de contactos con servicios de salud de atención primaria y especializados, durante los cuales se han llevado a cabo múltiples pruebas negativas y operaciones exploratorias infructuosas. Los síntomas pueden referirse a cualquier parte o sistema del cuerpo. El curso del trastorno es crónico y fluctuante, y a menudo se asocia con alteraciones en la vida social, familiar e interpersonal. Los cuadros con síntomas de corta duración (menos de dos años) o poco llamativos deben clasificarse como trastorno somatoformo indiferenciado (F45.1).

Trastorno psicossomático múltiple.

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

CDI-10

- A. Debe haber antecedentes de al menos dos años de quejas de síntomas múltiples y variables, que no pueden ser explicados por ningún trastorno físico detectable. (Cualquier trastorno físico que se conozca coincidente no explicaría la gravedad, extensión, variedad y persistencia de las quejas físicas o la invalidez social.) Si están presentes algunos síntomas claramente debidos a una hiperactividad vegetativa, no son la principal característica del trastorno, en el sentido de que no son particularmente persistentes y molestos.



- B. La preocupación por los síntomas ocasiona un malestar persistente y conduce al paciente a la búsqueda de reiteradas consultas (tres o más) y chequeos, tanto en los servicios de atención primaria como en los especializados. En ausencia de servicios médicos, por motivos de accesibilidad o económicos, el paciente se automedica continuamente o realiza múltiples consultas a curanderos locales o personal paramédico.
- C. Hay un rechazo continuado a aceptar el reaseguramiento por los médicos de que no existe una causa orgánica que explique los síntomas somáticos (La aceptación de tales aclaraciones durante un breve período, es decir, pocas semanas durante o inmediatamente después de los chequeos, no excluye este diagnóstico.)
- D. Debe haber un total de seis o más síntomas de la siguiente lista, que se producen en al menos dos grupos diferentes:

Síntomas gastrointestinales:

1. Dolor abdominal.
2. Náusea.
3. Sensaciones de plenitud abdominal o de meteorismo.
4. Mal sabor de boca o lengua saburral.
5. Quejas de vómitos o regurgitación de alimentos.
6. Quejas de tránsito intestinal rápido o diarreas mucosas o líquidas.

Síntomas cardiovasculares:

7. Falta de aliento sin haber hecho esfuerzos.
8. Dolores torácicos.

Síntomas urogenitales:

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

Síntomas cutáneos y de dolor

12. Quejas de manchas o decoloración de la piel.
13. Dolor en los miembros, extremidades o articulaciones.
14. Sensaciones desagradables de hormigueo o de quedarse dormido algún miembro.

- E. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* Los síntomas no se producen sólo durante algún trastorno esquizofrénico o relacionado (F20-F29), algún trastorno del humor (afectivo) (F30-F39), o un trastorno de pánico (F41.0).

F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado

Cuando las quejas somatomorfas son múltiples, variadas y persistentes, pero no se ajustan al cuadro típico y completo de trastorno de somatización, debe considerarse el diagnóstico de trastorno somatomorfo indiferenciado.

Trastorno psicósomático indiferenciado.

CDI-10

- A. Se cumplen los criterios A, C y E del trastorno de somatización (F45.0), excepto que la duración sea de al menos seis meses.
- B. Uno o ambos de los criterios B y D del trastorno de somatización (F45.0) se satisfacen de forma incompleta.

F45.2 Trastorno hipocondríaco

El rasgo esencial es una preocupación persistente por la posibilidad de tener uno o más trastornos físicos graves y progresivos. Los pacientes manifiestan continuamente quejas somáticas o preocupación por su aspecto físico. Las sensaciones y aspectos normales y habituales son interpretados a menudo por el paciente como anormales y perturbadores, y la atención suele estar centrada sólo en torno a uno o dos órganos o sistemas corporales. Con frecuencia hay síntomas depresivos y ansiosos que pueden justificar un diagnóstico adicional.

Trastorno dismórfico corporal
 Dismorfofobia (no delirante)
 Neurosis hipocondríaca
 Hipocondriasis
 Nosofobia

Excluye: Dismorfofobia delirante (F22.8)
 Ideas delirantes fijas sobre funciones y forma corporales (F22.-)

CDI-10

- A. Debe estar presente alguno de los siguientes:
 - 1. Creencia persistente, de al menos seis meses de duración, de tener un máximo de dos enfermedades físicas graves (de las cuales, al menos una debe ser nombrada específicamente por el paciente).
 - 2. Preocupación persistente por una presunta deformidad o desfiguración (trastorno dismórfico corporal).
- B. La preocupación por ese convencimiento y por los síntomas ocasiona un malestar persistente o una interferencia en el funcionamiento personal en la vida diaria, y conduce al paciente a buscar tratamientos médicos o pruebas diagnósticas (o ayuda equivalente en los curanderos locales).
- C. Rechazo continuado de aceptar el reaseguramiento de los médicos de que no hay una causa orgánica de los síntomas o de la deformidad física. (La aceptación a corto plazo de tales aclaraciones, es decir, por pocas semanas durante o inmediatamente después de los chequeos, no excluye este diagnóstico.)
- D. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* Los síntomas no se producen sólo durante algún trastorno esquizofrénico o relacionado (F20-F29, en particular F22), o algún trastorno del humor (afectivo) (F30-F39).

F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa

El paciente presenta los síntomas como si se debieran a un trastorno orgánico de algún sistema u órgano que están amplia o completamente bajo el control inervatorio del sistema nervioso autónomo; por ejemplo, el sistema cardiovascular, el gastrointestinal, el respiratorio y el urogenital. Normalmente, los síntomas son de dos tipos, ninguno de los cuales sugiere un trastorno físico del órgano o sistema afectado. El primer tipo son quejas basadas en signos objetivos de hiperactividad vegetativa, como son palpitaciones, sudoración, rubor, temblor y la expresión de miedo y malestar ante la posibilidad de padecer una alteración orgánica. El segundo tipo son quejas subjetivas de naturaleza no específica y cambiante, como molestias y dolores fugaces, sensación de quemazón, pesadez, opresión y sensaciones de estar hinchado y distendido, que el paciente refiere a algún órgano o sistema.

Neurosis cardíaca.
Síndrome de Da Costa.
Neurosis gástrica.
Síndrome de esfuerzo.
Astenia neurocirculatoria.
Formas psicógenas de:

- Aerofagia.
- Tos.
- Diarrea.
- Dispepsia.
- Disuria.
- Flatulencia.
- Hipo.
- Hiperventilación.
- Aumento de la frecuencia urinaria.
- Colon irritable.
- Píloroespasma.

Excluye: Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos y enfermedades clasificados en otro lugar (F54)

CDI-10

- A. Debe haber síntomas de hiperactividad vegetativa, que el paciente atribuye a un trastorno orgánico de uno o más de los siguientes órganos o sistemas:
 1. Corazón y sistema cardiovascular.
 2. Tracto gastrointestinal alto (esófago y estómago).
 3. Tracto intestinal bajo.
 4. Sistema respiratorio.
 5. Sistema urogenital.
- B. Presencia de dos o más de los siguientes síntomas autonómicos:
 1. Palpitaciones.
 2. Sudoración (fría o caliente).
 3. Sequedad de boca.



4. Sofocos o rubor facial.
 5. Malestar epigástrico, “nervios” en el estómago o estómago revuelto.
- C. Presencia de uno o más de los siguientes síntomas:
1. Dolores torácicos o malestar en o alrededor de la región precordial.
 2. Disnea o hiperventilación.
 3. Cansancio excesivo ante ejercicio leve.
 4. Aerofagia, hipo o sensaciones de quemazón en el pecho o epigastrio.
 5. Quejas de tránsito intestinal rápido.
 6. Aumento de la frecuencia de micción o disuria.
 7. Sensaciones de estar hinchado, distendido o pesado.
- D. No hay pruebas de alteraciones estructurales o de la función en los órganos o sistemas de los que el paciente está preocupado.
- E. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* Estos síntomas no se producen sólo en la presencia de un trastorno fóbico (F40.0-F40.3) o un trastorno de pánico (F41.0).

Puede utilizarse un quinto carácter para clasificar los trastornos individuales de este grupo, indicando el órgano o sistema que el paciente atribuye originan los síntomas:

- F45.30 Corazón y sistema cardiovascular. *Incluye:* neurosis cardíaca, astenia neurocirculatoria, síndrome de Da Costa.
- F45.31 Tracto gastrointestinal alto. *Incluye:* aerofagia psicógena, hipo, neurosis gástrica.
- F45.32 Tracto gastrointestinal bajo. *Incluye:* síndrome del colon irritable, diarrea psicógena, síndrome de gases.
- F45.33 Sistema respiratorio. *Incluye:* hiperventilación.
- F45.34 Sistema urogenital. *Incluye:* aumento psicógeno de la frecuencia urinaria y disuria.
- F45.38 Otros órganos y sistemas.

F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo

La queja predominante es dolor persistente, severo y molesto, el cual no puede explicarse del todo por un proceso fisiológico o un trastorno orgánico. El dolor se produce asociado a un conflicto emocional o problemas psicológicos suficientes para concluir que éstas son las principales influencias causales. El paciente consigue, normalmente, un aumento notable de apoyo y atención por parte del médico y otras personas. No debe codificarse aquí el dolor, de presunto origen psicógeno, que se produce durante el curso de trastornos depresivos o esquizofrenia.

Psicalgia.
 Lumbalgia psicógena.
 Cefalea psicógena.
 Trastorno de dolor somatomorfo.

Excluye: Lumbalgia sin especificación (M54.9).
Cefalea tensional (G44.2).
Dolor sin especificación (R52.9).
Dolor agudo (R52.0).
Dolor crónico (R52.2).
Dolor intratable (R52.1).

Nota diagnóstica

El dolor debido a mecanismos conocidos o deducidos de tipo psicofisiológico, como el dolor muscular tensional o la migraña, pero que todavía se cree que tienen una causa psicológica, deben codificarse usando F54 (factores psicológicos y del comportamiento en trastorno y enfermedades clasificados en otra parte), más un código adicional de donde corresponda en la CIE-10 (p. ej., migraña, G43.-).

CDI-10

- A. Presencia de un dolor persistente (durante al menos seis meses y continuo la mayoría de los días), grave y molesto, en cualquier parte del cuerpo, el cual no puede explicarse adecuadamente por pruebas de un proceso fisiológico o un trastorno orgánico. El dolor es de forma consistente el principal foco de atención del paciente.
- B. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* Este trastorno no se produce ante la presencia de esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29), o sólo durante algún trastorno del humor (afectivo) (F30-F39), un trastorno de somatización (F45.0), un trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1) o un trastorno hipocondríaco (F45.2).

F45.8 Otros trastornos somatomorfos

Cualquier otro tipo de trastornos de la sensibilidad, la función y el comportamiento que no se deben a un trastorno somático, los cuales no están mediados por el sistema nervioso vegetativo. Los síntomas se limitan a sistemas específicos o a partes del cuerpo, y están estrechamente relacionados en el tiempo con problemas o acontecimientos estresantes.

Dismenorrea psicógena.
Disfagia, incluyendo el "globo histérico", psicógena.
Prurito psicógeno.
Tortícolis psicógeno.
Rechinar de dientes.

Notas diagnósticas

En estos trastornos las quejas que se presentan no están mediadas por el sistema nervioso vegetativo y se limitan a sistemas específicos o a partes del cuerpo, como puede ser la piel. Esto contrasta con las quejas múltiples y a menudo cambiantes que se encuentran en el origen de los síntomas en el trastorno de somatización (F45.0) y el trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1). No hay lesiones en el tejido.

También debe codificarse aquí cualquier otro tipo de trastornos de la sensibilidad no debidos a trastornos somáticos que se asocien estrechamente en el tiempo con problemas o acontecimientos estresantes, o que resulten de un aumento significativo de la atención al paciente, médica o de otras personas.

F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación

Trastorno psicósomático sin especificación.

F48 Otros trastornos neuróticos

F48.0 Neurastenia

Hay considerables variaciones culturales en la presentación de este trastorno, del que hay dos tipos principales, que se solapan entre sí. En el primero, el rasgo principal es la queja de un aumento del cansancio tras realizar algún esfuerzo mental, a menudo asociado con una disminución del rendimiento laboral o para afrontar con eficiencia las tareas cotidianas. La fatigabilidad mental suele describirse típicamente como la intrusión desagradable de asociaciones o recuerdos que distraen al individuo, dificultades para concentrarse y falta de rendimiento general del pensamiento. En el otro tipo, el énfasis está en sensaciones de debilidad y agotamiento corporal y físico tras esfuerzos mínimos, acompañado de una sensación de dolores y molestias musculares y de incapacidad para relajarse. En ambos tipos son frecuentes una variedad de otras sensaciones físicas desagradables, tales como mareos, cefaleas tensionales o sensaciones de inestabilidad general. También suele haber preocupación por la disminución del bienestar físico y mental, irritabilidad, anhedonia y grados leves variables de depresión y ansiedad. El sueño a menudo está alterado en las fases iniciales y medias, pero también puede destacar la hipersomnia.

Síndrome de fatiga (crónica).

Si se desea, puede utilizarse un código adicional para identificar la enfermedad física previa.

Excluye: Astenia sin especificación (R53).
 Agotamiento (Z73.0).
 Malestar general y fatiga (R53).
 Síndrome de astenia postviral (G93.3).
 Psicastenia (F48.8).

Nota diagnóstica

En muchos países no se utiliza generalmente la neurastenia como una categoría diagnóstica. Muchos casos diagnosticados de neurastenia en países donde sí se utiliza, probablemente cumplirían los criterios actuales de trastorno depresivo o trastorno de ansiedad. Sin embargo, hay pacientes cuyos síntomas se ajustan mejor a la descripción de neurastenia que a cualquier otro síndrome, y tales casos parecen ser más frecuentes en algunas culturas más que en otras.

CDI-10

- A. Presencia de alguno de los siguientes:
1. Quejas persistentes y molestas de sensación de agotamiento tras esfuerzos mentales mínimos (tales como realizar o intentar realizar tareas cotidianas que no requieren un esfuerzo mental inusitado).
 2. Quejas persistentes y molestas de sensación de cansancio y debilidad corporal tras esfuerzos físicos mínimos.
- B. Al menos uno de los siguientes síntomas debe estar presente:
1. Sensaciones de dolores o molestias musculares.
 2. Mareos.
 3. Cefaleas tensionales.
 4. Alteraciones en el sueño.
 5. Incapacidad para relajarse.
 6. Irritabilidad.
- C. El paciente es incapaz de recuperarse de los síntomas del criterio A.1 o 2 tras descansar, relajarse o entretenerse.
- D. La duración del trastorno es de al menos tres meses.
- E. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* El trastorno no se produce ante la presencia de un trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico (F06.6), un síndrome postencefálico (F07.2), algún trastorno del humor (afectivo) (F30-F39), un trastorno de pánico (F41.0) o un trastorno de ansiedad generalizada (F41.1).

F48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización

Trastorno raro, en el que el paciente se queja espontáneamente de que la vivencia de su actividad mental, su cuerpo y su entorno están cualitativamente cambiados, hasta el punto de ser irreales, lejanos o automatizados. Entre los varios fenómenos del síndrome, la queja más frecuente de los pacientes es la pérdida de emociones y la sensación de extrañeza o distanciamiento de su propio pensamiento, su cuerpo o del mundo real. A pesar de la naturaleza dramática de esta experiencia, el paciente es consciente de la irrealidad del cambio. El sensorio es normal y está intacta la capacidad de expresar emociones.

Nota diagnóstica

Este trastorno debe distinguirse de otros trastornos en los que se experimentan o refieren "cambios de personalidad" o "escisiones del yo", tales como la esquizofrenia, trastornos disociativos y algunos casos de demencia incipiente. Este diagnóstico no debe utilizarse como diagnóstico principal o único cuando el síndrome se presenta en otros trastornos mentales, tales como estados confusionales o delirantes orgánicos (F05.-, F06.-), intoxicación por alcohol o drogas (F1x.0), esquizofrenia y trastornos relacionados (F20-F29), trastornos del humor (afectivos) (F30-F39), trastornos de ansiedad (F40.-, F41.-) u otras condiciones (como fatiga importante, hipo-

glucemia o en estados pre o postictales de la epilepsia). No obstante, estos síndromes se producen a menudo en el curso de otros muchos trastornos psiquiátricos, y es apropiado codificarlos como diagnóstico secundario o adicional a un diagnóstico principal diferente. Es mucho menos frecuente su presencia como síndrome aislado.

CDI-10

- A. Presencia de alguno de los siguientes:
1. **Despersonalización.** El paciente se queja de la sensación de estar alejado o de “no estar realmente allí”. Por ejemplo, los individuos pueden quejarse de que sus emociones, sensaciones o vivencias de sí mismos son distantes, extrañas, ajenas o desagradablemente perdidas; o de que sus emociones o movimientos parece como si pertenecieran a otra persona, o de que se sienten como si estuvieran actuando en una representación.
 2. **Desrealización.** El paciente se queja de sensación de irrealidad. Por ejemplo, puede haber quejas de que el entorno u objetos específicos parecen extraños, distorsionados, aplanados, descoloridos, sin vida, monótonos, aburridos o como en un escenario en el cual todo el mundo está actuando.
- B. No hay pérdida de la introspección, en el sentido de que el paciente se da cuenta que el cambio tiene lugar en sí mismo y no es impuesto desde el exterior por otras personas o fuerzas.

F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados

Trastorno de Briquet.
 Síndrome de Dhat.
 Neurosis ocupacional, incluyendo el calambre del escribiente.
 Psicastenia.
 Neurosis psicasténica.
 Síncope psicogénico.

Esta categoría incluye trastornos mixtos del comportamiento, creencias y emociones cuya etiología y situación nosológica son inciertas. Estos trastornos se producen con una frecuencia particular en ciertas culturas (ver también Apéndice 2); entre los ejemplos se incluye el síndrome de Dhat (preocupaciones sin fundamento sobre los efectos debilitantes de la pérdida del semen), el síndrome de Koro (miedo y ansiedad a que el pene se retraiga dentro del abdomen y cause la muerte) y Latah (respuestas comportamentales miméticas y automáticas). La fuerte asociación de estos síndromes con creencias y patrones de conducta culturales locales y aceptados indican que es mejor probablemente considerarlos como no delirantes.

F48.9 Trastorno neurótico sin especificación

Neurosis sin especificación.

F50-F59

Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

F50 Trastornos de la conducta alimentaria

Excluye: Anorexia o disminución del apetito sin especificar (R63.0).
Dificultades y malos cuidados alimentarios (R63.3).
Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia (F98.3).
Polifagia (R63.2)

F50.0 Anorexia nerviosa

Trastorno caracterizado por una pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el paciente. Por lo común se produce en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, pero también puede afectar a muchachos adolescentes y hombres jóvenes, así como niños prepúberes y mujeres maduras hasta la menopausia. El trastorno se asocia con una psicopatología específica por la cual persiste un pavor ante la gordura y la flacidez de las formas corporales, a modo de ideas sobrevaloradas intrusivas, y el paciente se impone a sí mismo un límite máximo de peso bajo. Suele haber desnutrición de variable gravedad, con cambios y alteraciones endocrinos y metabólicos secundarios de la función corporal. Los síntomas incluyen una dieta restrictiva voluntaria, ejercicio físico excesivo, inducción del vómito o purgas intestinales y uso de anorexígenos y diuréticos.

Excluye: Pérdida de apetito (R63.0).
Pérdida de apetito psicógena (F50.8).

CDI-10

- A. Pérdida de peso o, en niños, ausencia de ganancia, que conduce a un peso corporal de al menos un 15% por debajo del peso normal o del esperado por la edad y altura.
- B. La pérdida de peso es autoinducida por evitación de "alimentos que engordan".
- C. Distorsión de la imagen corporal, de estar demasiado gordo, con pavor intrusivo a la gordura, que conduce al paciente a imponerse a sí mismo un límite de peso bajo.
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisogonadal, que se manifiesta en mujeres por amenorrea y en hombre por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia. (Una excepción aparente es



la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, cuya forma más frecuente es la toma de píldoras contraceptivas.)

- E. El trastorno no cumple los criterios diagnósticos A y B de bulimia nerviosa (F50.2).

Nota diagnóstica

Las siguientes características apoyan el diagnóstico, pero no son elementos esenciales: vómitos autoinducidos, purgas intestinales autoinducidas, ejercicio físico excesivo o consumo de anorexígenos y/o diuréticos. Si el inicio es prepuberal, se retrasa o incluso se detiene la secuencia de acontecimientos que constituyen la pubertad (se detiene el crecimiento, en las chicas no se desarrollan las mamas y presentan amenorrea primaria, en los chicos los genitales permanecen infantiles). Con la remisión del trastorno suele completarse la pubertad de forma normal, pero la menarquía es tardía.

F50.1 Anorexia nerviosa atípica

Trastornos que cumplen con algunas de las características de la anorexia nerviosa, pero cuyo cuadro clínico completo no justifica ese diagnóstico. Por ejemplo, uno de los síntomas clave, tal como amenorrea o un pavor marcado a estar gordo, pueden faltar en la presencia de una pérdida de peso marcada y conductas de adelgazamiento. Este diagnóstico no debe hacerse si está presente algún trastorno orgánico conocido que se asocie a pérdida de peso.

Nota diagnóstica

Se recomienda a los investigadores que estudien las formas atípicas de anorexia nerviosa, que tomen sus propias decisiones sobre el número y tipo de criterios que deben cumplirse.

F50.2 Bulimia nerviosa

Síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y una preocupación excesiva por el peso corporal, que conducen a un patrón de atracones seguidos de vómitos o uso de purgantes. Este trastorno comparte muchas características psicológicas con la anorexia nerviosa, incluyendo la preocupación excesiva por el peso y la figura corporales. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico y a complicaciones somáticas. A menudo, pero no siempre, hay antecedentes de un episodio temprano de anorexia nerviosa, con un intervalo comprendido entre pocos meses y varios años.

Bulimia sin especificación.
Hiperorexia nerviosa.

CDI-10

- A. Presencia de episodios repetidos de sobreingesta (al menos dos por semana en un período de tres meses) en los que se ingiere grandes cantidades de comida en un corto período de tiempo.
- B. Presencia de una preocupación constante por la comida y un fuerte deseo o una sensación de compulsión para comer (ansia).
- C. El paciente intenta contrarrestar los efectos sobre el peso de la comida por uno o más de los siguientes:
 - 1. Vómitos autoinducidos.
 - 2. Purgas autoinducidas.
 - 3. Períodos de ayuno alternantes.
 - 4. Consumo de sustancias anorexígenas, preparados tiroideos o laxantes; cuando la bulimia se produce en pacientes diabéticos pueden escoger omitir su tratamiento con insulina.
- D. Autopercepción de estar demasiado obeso, con ideas intrusivas de pavor a la obesidad (que normalmente conduce a un bajo peso).

F50.3 Bulimia nerviosa atípica

Trastornos que siguen algunas de las características de la bulimia nerviosa, pero en los cuales el cuadro clínico global no justifica ese diagnóstico. Por ejemplo, puede haber episodios repetidos de ingesta excesiva y uso de purgantes sin un cambio significativo de peso, o puede estar ausente la típica preocupación excesiva por la figura corporal y el peso.

Nota diagnóstica

Se recomienda a los investigadores que estudien las formas atípicas de bulimia nerviosa, tales como aquellas que cursan con un peso corporal normal o excesivo, que tomen sus propias decisiones sobre el número y tipo de criterios que deben cumplirse.

F50.4 Hiperfagia asociada a otros trastornos psicológicos

Hiperfagia debida a acontecimientos estresantes, tales como duelos, accidentes, partos, etcétera.

Hiperfagia psicógena.

Excluye: Obesidad (E66.-).

Se recomienda a los investigadores que quieran utilizar esta categoría que diseñen sus propios criterios.

F50.5 Vómitos asociados a otros trastornos psicológicos

Vómitos repetidos que se producen en los trastornos disociativos (F44.-) y el trastorno hipocondríaco (F45.2), y los cuales no se deben solamente a situaciones clasificadas fuera de este capítulo. Esta subcategoría también puede utilizarse junto a 021.- (vómitos excesivos en el embarazo) cuando predominen factores emocionales en la causa de la náuseas y vómitos durante el embarazo.

Vómitos psicógenos.

Excluye: Náuseas (R11).

Vómitos sin especificación (R11).

Se recomienda a los investigadores que quieran utilizar esta categoría que diseñen sus propios criterios.

F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria

Pica en adultos.

Pérdida de apetito psicógena.

Excluye: pica en la infancia (F98.3).

F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación**F51 Trastornos no orgánicos del sueño**

En muchos casos una alteración del sueño es un síntoma de otro trastorno mental o somático. Determinar si un trastorno del sueño, en un paciente dado, es una condición independiente o, simplemente, una de las manifestaciones de otro trastorno clasificado en otra parte, en este capítulo o en otros, debe hacerse en función de la presentación y curso clínicos, así como en las consideraciones terapéuticas y prioridades en el momento de la consulta. Generalmente, cuando el trastorno del sueño sea una de las quejas principales y se considere condición en sí misma, debe utilizarse este código junto a otros diagnósticos pertinentes para describir la psicopatología y fisiopatología presente en un caso dado. Esta categoría sólo incluye aquellos trastornos del sueño en los cuales se considera que las causas emocionales son un factor primario, y que no se deben a trastornos somáticos identificables y clasificados en otra parte.

Excluye: Trastornos del sueño (orgánicos) (G47.-).

Notas diagnósticas

Está disponible una clasificación más compendiada de los trastornos del sueño (*Diagnostic Classification Steering Committee 1990 International classification*)

of sleep disorders: diagnostic and coding manual. Rochester, American Sleep Disorders Association), pero debe advertirse que está organizada de forma diferente a la CIE-10.

Para algunos propósitos de investigación, que requieren grupos particularmente homogéneos de trastornos del sueño, cuatro o más acontecimientos que se produzcan en un período de un año pueden considerarse como un criterio para el uso de las categorías F51.3, F51.4 y F51.5.

F51.0 Insomnio no orgánico

Situación caracterizada por una cantidad y/o calidad de sueño insatisfactorias, que persiste durante un considerable período de tiempo, e incluye dificultad para conciliar el sueño, dificultad para mantener el sueño o despertar precoz. El insomnio es un síntoma común en muchos trastornos mentales y somáticos, y debe clasificarse aquí, añadido al trastorno de base, solamente si predomina en el cuadro clínico.

Excluye: Insomnio (orgánico) (G47.0).

Nota diagnóstica

Con frecuencia se dice que los niños tienen dificultad para dormir, cuando en realidad el problema es una dificultad para el manejo de los horarios de ir a la cama (más que del sueño en sí). Las dificultades en el horario de ir a la cama no deben codificarse aquí, sino en el Capítulo XXI de la CIE-10 (Z62.0, control y supervisión inadecuados de los padres).

CDI-10

- A. El individuo se queja de dificultad para conciliar el sueño, dificultad para mantenerse dormido o sueño no reparador.
- B. La alteración del sueño se produce al menos tres veces por semana, durante al menos un mes.
- C. La alteración del sueño produce un malestar personal marcado o una interferencia en el funcionamiento personal de la vida diaria.
- D. Ausencia de un factor orgánico causal conocido, como una alteración neurológica u otra circunstancia médica, un trastorno debido al consumo de sustancias o a medicación.

F51.1 Hipersomnias no orgánicas

La hipersomnias se define bien como un estado de excesiva somnolencia diaria y ataques de sueño (no justificables por una cantidad inadecuada de sueño noc-

turno), bien por una transición prolongada desde el sueño hasta la vigilia plena. En ausencia de un factor orgánico que produzca hipersomnía, este estado se asocia normalmente con trastornos mentales.

Excluye: Hipersomnía (orgánica) (G47.1).
 Narcolepsia (G47.4).

CDI-10

- A. El individuo se queja de somnolencia diurna excesiva o de ataques de sueño, o de una transición prolongada desde el sueño hasta un estado de vigilia plena (borrachera de sueño), y no se debe a una cantidad insuficiente de sueño.
- B. Esta alteración del sueño se presenta casi todos los días durante al menos un mes o de forma recurrente durante cortos períodos de tiempo, y causa un malestar marcado o una interferencia en el funcionamiento personal de la vida diaria.
- C. No hay síntomas secundarios de narcolepsia (cataplejía, parálisis del sueño, alucinaciones hipnagógicas) y no hay pruebas clínicas de apnea del sueño (apneas nocturnas, ronquidos intermitentes típicos, etc.).
- D. Ausencia de un factor orgánico causal conocido, como una alteración neurológica u otra circunstancia médica, un trastorno debido al consumo de sustancias o a medicación.

Nota diagnóstica

Si la hipersomnía se produce sólo como un síntoma de un trastorno mental, tal como un trastorno afectivo, el diagnóstico principal debe ser el de ese trastorno subyacente. No obstante, debe añadirse el diagnóstico de hipersomnía no orgánica si esta es la queja predominante. Cuando no pueda realizarse otro diagnóstico debe utilizarse este código solo. El diagnóstico diferencial más importante es con la narcolepsia (G47.4).

F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia

Ausencia de sincronía entre el ciclo sueño-vigilia y el ciclo deseable para el entorno del individuo, que da lugar a quejas tanto de insomnio como de hipersomnía.

Inversión psicogénica del ritmo circadiano.
 Inversión psicogénica del ritmo nictameral.
 Inversión psicogénica del ritmo del sueño.

Excluye: Trastornos del ciclo sueño-vigilia (orgánicos) (G47.2).

CDI-10

- A. El patrón de sueño-vigilia del individuo no está sincronizado con el ciclo sueño-vigilia deseable, de acuerdo a la costumbre social y a lo compartido por la mayoría de individuos de su entorno.
- B. Como resultado de esa alteración en el ciclo sueño-vigilia, el individuo padece insomnio durante el período en que los demás duermen, o hipersomnia durante el período en que los demás están despiertos. Con una frecuencia casi diaria durante al menos un mes o de forma recurrente durante pequeños períodos de tiempo.
- C. La cantidad, el tiempo y la calidad insatisfactorios de sueño ocasionan un malestar personal marcado o interfieren en el funcionamiento personal de la vida diaria.
- D. Ausencia de un factor orgánico causal conocido, como una alteración neurológica u otra circunstancia médica, un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas o medicación.

F51.3 Sonambulismo

Es un estado de conciencia alterada en el que se combinan fenómenos del sueño y de la vigilia. Durante un episodio de sonambulismo el individuo se levanta de la cama, por lo general durante el primer tercio del sueño nocturno, y deambula, mostrando un nivel bajo de conciencia, baja reactividad y torpeza de movimientos. Cuando se despierta no suele recordar el acontecimiento.

CDI-10

- A. El síntoma predominante son episodios reiterados (dos o más) en los cuales el individuo se levanta de la cama, generalmente durante el primer tercio del sueño nocturno, y deambula durante varios minutos hasta una media hora.
- B. Durante un episodio el individuo tiene la facies inexpressiva, la mirada fija, una relativa falta de respuesta a los esfuerzos de los demás por modificar el episodio o para comunicarse con él, y sólo puede ser despertado con un esfuerzo considerable.
- C. Al despertarse (del episodio de sonambulismo o a la mañana siguiente) el individuo no recuerda el episodio.
- D. Al cabo de varios minutos del despertar del episodio no hay trastornos de la actividad mental o del comportamiento, aunque inicialmente puede haber un período corto de cierta confusión y desorientación.
- E. No hay pruebas de un trastorno mental orgánico, tal como demencia, o de un trastorno somático, como epilepsia.

F51.4 Terrores nocturnos

Episodios nocturnos de terror y pánico intensos que se acompañan de gritos, movimientos bruscos y fuertes descargas vegetativas. El individuo se incorpora o se levanta, generalmente durante el primer tercio del sueño nocturno, dando un grito de pánico. Bastante a menudo se precipita hacia la puerta como si intentara escapar, aunque rara vez sale de la habitación. Si hay algún recuerdo del acontecimiento, éste es muy limitado (normalmente, una o dos imágenes mentales fragmentarias).

CDI-10

- A. Episodios repetidos (dos o más) en los cuales el individuo se levanta del sueño con un grito de pánico e intensa ansiedad, movimientos bruscos e hiperactividad vegetativa (como taquicardia, sobresalto en el corazón, taquipnea y sudoración).
- B. Los episodios se producen principalmente durante el primer tercio del sueño.
- C. La duración del episodio es menor de diez minutos.
- D. Si otros intentan tranquilizar al individuo durante el episodio, no hay respuesta y se sigue de desorientación y movimientos perseverantes.
- E. El individuo tiene un recuerdo limitado del episodio.
- F. Ausencia de un factor orgánico causal conocido, como una alteración neurológica u otra circunstancia médica, un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas o medicación.

F51.5 Pesadillas

Experiencias oníricas cargadas de ansiedad o miedo. Hay un recuerdo muy detallado del contenido del sueño. La experiencia onírica es muy vívida y normalmente incluye temas que implican una amenaza para la supervivencia, la seguridad o la estimación de sí mismo. Con mucha frecuencia en la pesadilla suele repetirse un mismo o similares temas. Durante un episodio típico hay un cierto grado de descarga vegetativa, pero no una vocalización apreciable o movimientos corporales. Al despertarse, el individuo alcanza rápidamente un estado de alerta y orientación.

Trastorno de ansiedad del sueño.

CDI-10

- A. El individuo se despierta del sueño nocturno o de la siesta con un recuerdo vívido y detallado de sueños intensamente terroríficos, relacionados nor-



malmente con amenazas a la supervivencia, a la seguridad o a la autoestima. El despertar puede producirse en cualquier momento del período de sueño, pero típicamente suele producirse durante la segunda mitad.

- B. Tras despertar del sueño terrorífico, el individuo pasa a estar rápidamente orientado y alerta.
- C. La experiencia onírica en sí misma y la alteración en el sueño a la que dan lugar los despertares asociados con los episodios causan un malestar marcado al individuo.
- D. Ausencia de un factor orgánico causal conocido, tal como un trastorno neurológico o somático, un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas o a medicación.

F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño

F51.9 Trastorno no orgánico del sueño sin especificación

Trastorno emocional del sueño sin especificación.

F52 Disfunción sexual no orgánica

La disfunción sexual comprende varias formas por las cuales un individuo es incapaz de participar en una relación sexual tal como desearía. La respuesta sexual es un proceso psicosomático, y en la causa de las disfunciones sexuales suelen estar implicados ambos procesos, psíquico y somático.

Excluye: Síndrome de Dhat (F48.8).

CDI-10

- G1. El individuo es incapaz de participar en una relación sexual tal como desearía.
- G2. La disfunción se presenta frecuentemente, pero puede no ocurrir en algunas ocasiones.
- G3. Presencia de la disfunción durante al menos seis meses.
- G4. El trastorno no puede atribuirse en su totalidad a ningún otro de los trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10, ni a otros trastornos físicos (como una alteración endocrina) o secundario a tratamientos farmacológicos.

Nota diagnóstica

La medida de cada forma de disfunción puede basarse en escalas que valoren la gravedad y frecuencia del problema. Puede coexistir más de un tipo de disfunción en un mismo individuo.

F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual

El principal problema es la pérdida del deseo sexual y no es secundario a otra disfunción sexual, como una disfunción eréctil o dispareunia.

Frigidez.

Trastorno por deseo sexual hipoactivo.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de disfunción sexual (F52).
- B. Ausencia o pérdida del deseo sexual, que se pone de manifiesto por la disminución de búsqueda de estímulos de contenido sexual, de pensamientos sexuales asociados a sentimientos de deseo o apetito sexuales, o de fantasías sexuales.
- C. Ausencia de interés para iniciar una actividad sexual tanto con una pareja como mediante masturbación solitaria, que da lugar a una frecuencia de actividad claramente inferior a la esperada, teniendo en cuenta la edad y el contexto, o a una frecuencia muy claramente reducida respecto a niveles previos muy superiores.

F52.1 Rechazo sexual y ausencia de placer sexual

Cualquier expectativa de interacción sexual produce el suficiente miedo o ansiedad, que la actividad sexual se evita (aversión sexual) o se producen las respuestas sexuales con normalidad y se experimenta el orgasmo, pero en ausencia del placer apropiado (ausencia de placer sexual).

F52.10 Rechazo sexual**CDI-10**

- A. Deben cumplirse los criterios generales de disfunción sexual (F52).
- B. La perspectiva de una interacción sexual con una pareja produce tanta aversión, miedo o ansiedad, que la actividad sexual se evita o, si ésta sucede, se



acompaña de fuertes sentimientos negativos y de incapacidad para experimentar cualquier placer.

- C. La aversión no es una consecuencia de ansiedad en la actuación (reacción a fracaso previo de la respuesta sexual).

150

F52.11	Ausencia de placer sexual
--------	---------------------------

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de disfunción sexual (F52).
- B. La respuesta genital (orgasmo y/o eyaculación) se produce durante la estimulación, sexual pero no se acompaña de sensaciones placenteras o sentimientos agradables de excitación.
- C. No existe un temor o ansiedad manifiestos y persistentes durante la actividad sexual (véase F52.10, aversión sexual).

F52.2	Fracaso de la respuesta genital
-------	---------------------------------

En los varones el principal problema es una disfunción eréctil (dificultad en alcanzar o mantener la erección adecuada para una penetración satisfactoria). En las mujeres, el principal problema, es la sequedad vaginal o un fracaso en la lubricación.

Trastorno del estímulo sexual en la mujer.

Trastornos de la erección.

Impotencia psicógena.

Excluye: Impotencia de origen orgánico (N48.4).

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de disfunción sexual (F52).
- B. Fracaso en conseguir una erección suficiente al intentar la penetración vaginal. La disfunción se manifiesta como uno de los síntomas siguientes:
1. La erección completa se consigue durante el juego amoroso inicial, pero desaparece o disminuye al intentar la penetración (y antes de que tenga lugar la eyaculación).
 2. Se consigue erección, pero únicamente cuando no se intenta la penetración.
 3. Se consigue una erección parcial, no completa, insuficiente para la penetración.
 4. No se consigue ninguna intumescencia peneana.

Además, en mujeres:

- B. Hay una ausencia de respuesta genital, experimentada como ausencia de lubricación vaginal, además de una tumescencia inadecuada de los labios. Esta disfunción se manifiesta de una de las siguientes maneras:
1. General: ausencia de lubricación en todas las circunstancias relevantes.
 2. La lubricación puede producirse inicialmente, pero no dura el tiempo suficiente para permitir una penetración adecuada.
 3. Situacional: la lubricación sólo se produce en algunas situaciones (p. ej., con una determinada pareja, pero no con otra, durante la masturbación o cuando el coito no se plantea).

F52.3 Disfunción orgásmica

El orgasmo no se produce o se retrasa excesivamente.

Inhibición orgásmica.

Anorgasmia psicógena.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de la disfunción sexual (F52).
- B. Existe una disfunción orgásmica (tanto ausencia como retraso del orgasmo), que se manifiesta de una de las siguientes maneras:
1. El orgasmo no se ha producido en ninguna situación.
 2. La disfunción orgásmica se ha desarrollado después de un período de respuesta relativamente normal:
 - a) General: la disfunción se produce en todas las situaciones y con cualquier pareja.
 - b) Situacional:

Para mujeres: El orgasmo se produce en determinadas situaciones (p. ej., durante la masturbación o con determinadas parejas).

Para varones: Se pueden aplicar uno de los siguientes criterios:

- (i) el orgasmo sólo se produce durante el sueño, nunca durante la vigilia;
- (ii) el orgasmo nunca se produce en presencia de una pareja;
- (iii) el orgasmo se produce en presencia de una pareja, pero nunca durante el coito.

F52.4 Eyaculación precoz

Incapacidad de controlar la eyaculación durante el tiempo suficiente para que ambos participantes disfruten de la relación sexual.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de la disfunción sexual (F52).
- B. Incapacidad para retrasar la eyaculación el tiempo suficiente para disfrutar del coito, manifestado por cualquiera de los siguientes:
 - 1. Aparición de la eyaculación antes o al inicio del coito (si se requiere un tiempo establecido: antes del coito o en sus primeros 15 segundos).
 - 2. La eyaculación se produce en ausencia de erección suficiente para llevar a cabo el coito.
- C. El problema no es consecuencia de la abstinencia de la actividad sexual prolongada.

F52.5 Vaginismo no orgánico

Espasmo de la musculatura del suelo pélvico que rodea a la vagina, que causa oclusión de la apertura vaginal. La penetración es imposible o dolorosa.

Vaginismo psicógeno.

Excluye: Vaginismo (orgánico) (N94.2).

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de la disfunción sexual (F52).
- B. Existe un espasmo de la musculatura perivaginal de grado suficiente para impedir la penetración o hacerla molesta. La disfunción se manifiesta de una de las siguientes formas:
 - 1. La respuesta normal nunca se ha producido.
 - 2. El vaginismo se ha producido después de un período de respuesta normal:
 - a) Cuando la penetración no se produce, la respuesta sexual es normal;
 - b) Cualquier intento de contacto sexual conlleva una respuesta de miedo generalizado y esfuerzos por impedir la penetración (p. ej., espasmo de los músculos abductores de los muslos).

F52.6 Dispareunia no orgánica

La dispareunia (dolor durante el coito) se produce tanto en mujeres como en varones. A menudo puede ser atribuida a una patología local, en cuyo caso debe ser

codificada según el trastorno correspondiente. Esta categoría sólo deberá utilizarse si no hay ninguna otra disfunción sexual (p. ej., vaginismo o sequedad vaginal).

Dispareunia psicógena.

Excluye: Dispareunia (orgánica) (N94.1).

CDI-10

A. Deben cumplirse los criterios generales de la disfunción sexual (F52).

Además, en mujeres:

- B. Dolor experimentado en el introito vaginal durante todo el coito o sólo en la penetración profunda.
- C. El trastorno no se debe a vaginismo o a ausencia de lubricación vaginal; la dispareunia de origen orgánico se clasificará de acuerdo con el trastorno subyacente.

Además, en varones:

- B. Dolor o molestia experimentado durante la respuesta sexual. Tanto el momento de inicio del dolor como su localización exacta deben ser cuidadosamente registrados.
- C. La molestia no es debida a factores orgánicos locales. Si fuera debida a éstos se clasificaría en otra categoría.

F52.7 Impulso sexual excesivo

Ninfomanía.
Satiriasis.

Nota diagnóstica

No hay criterios diagnósticos de investigación en esta categoría. Los investigadores que estudian la misma recomiendan elaborar criterios propios.

F52.8 Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos

F52.9 Disfunción sexual no especificada, ni debida a enfermedad o trastorno orgánico

F53 Trastornos mentales y del comportamiento asociados al puerperio, no clasificados en otras categorías

Esta categoría sólo incluye trastornos mentales asociados al puerperio (con comienzo en las seis semanas posteriores al parto) que no cumplen criterios para trastornos clasificados anteriormente en este capítulo, bien porque no existe suficiente información disponible sobre los mismos, o bien porque se dan síntomas que no hacen posible su clasificación en otra categoría.

Notas diagnósticas

La inclusión de esta categoría constituye el reconocimiento de los graves problemas existentes en los países en desarrollo para recoger información detallada sobre los trastornos del puerperio. De todas formas, incluso en ausencia de la información suficiente para realizar un diagnóstico (normalmente de un trastorno afectivo o más raramente de esquizofrenia), debería ser posible el diagnóstico de un trastorno leve (F53.0) o severo (F53.1). Esta subdivisión puede ser útil para estimar el volumen de trabajo o tomar decisiones acerca de la provisión de recursos. Los psiquiatras que tienen la opinión minoritaria de que la psicosis puerperal especial existe, y que se diferencia claramente de los trastornos afectivos o de la esquizofrenia, deberían utilizar esta categoría, aunque han de ser conscientes de su utilidad real.

Después de utilizar el código de este capítulo que indica el tipo de trastorno mental, debe utilizarse un segundo código que está en el Capítulo XV de la CIE-10 (099.3) que indica la asociación con el puerperio.

Esta categoría ha de utilizarse en investigación sólo en circunstancias excepcionales.

F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento leves asociados al puerperio, no clasificados en otras categorías

Depresión:

- Postnatal sin especificación.
- Postparto sin especificación.

F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento graves asociados al puerperio y no clasificados en otras categorías

Psicosis puerperal sin especificación.

F53.8 Otros trastornos mentales y del comportamiento asociados al puerperio y no clasificados en otras categorías

F53.9 Trastorno mental puerperal, no especificado

F54 Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificadas en otras categorías

Esta categoría debe utilizarse para diagnosticar la presencia de factores psicológicos o comportamentales que están influyendo en el inicio o en el curso de enfermedades físicas que pueden clasificarse en otros capítulos de la CIE-10. Las alteraciones mentales resultantes suelen ser normalmente leves y prolongadas (tales como preocupación, conflictos emocionales o aprensión), y no reúnen criterios para ser incluidas en otras categorías de este libro.

Factores psicológicos que influyen en las condiciones físicas.

Ejemplos del uso de esta categoría son:

- Asma F54 y J45.-.
- Dermatitis F54 y L23-L25.
- Úlcera gástrica F54 y K25.-.
- Colitis mucosa F54 y K58.-.
- Colitis ulcerosa F54 y K51.-.
- Urticaria F54 y L50.

Puede utilizarse, si se desea, un código adicional para identificar la enfermedad física asociada.

Excluye: Cefalea tensional (G44.2).

Nota diagnóstica

En los raros casos en que un trastorno psiquiátrico evidente pueda ser el causante de un trastorno físico, se debe utilizar un segundo código adicional para registrar dicho trastorno psiquiátrico.

F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia

Pueden estar implicadas gran variedad de medicamentos y remedios populares, pero los grupos más importantes son: a) fármacos psicotrópicos que no producen dependencia, tales como antidepresivos; b) laxantes, y c) analgésicos que se pueden adquirir sin receta médica, como aspirina o paracetamol.

El uso persistente de estas sustancias conlleva, a menudo, contactos innecesarios con los dispositivos asistenciales y se acompaña, en ocasiones, de daño físico. Los intentos de disuadir o prohibir el consumo de la sustancia encuentran frecuentemente resistencia por parte del sujeto. En el caso de laxantes o analgésicos, el consumo se produce a pesar de las advertencias sobre los efectos de los mismos en la función renal o las alteraciones electrolíticas. Aunque normalmente está claro que el paciente tiene una gran inclinación al consumo de la sustancia, no se producen síntomas de dependencia o abstinencia como en el caso de sustancias psicótropas especificadas en F10-F19.

Abuso de:

- Antiácidos.
- Hierbas o remedios populares.
- Sustancias esteroideas u hormonas.
- Vitaminas.

Utilización de laxantes.

Excluye: Abuso de sustancias psicótropas (F10-F19).

Debe utilizarse un cuarto carácter para identificar el tipo de sustancia implicada:

F55.0 Antidepresivos

(Como antidepresivos tetracíclicos o IMAO.)

F55.1 Laxantes

F55.2 Analgésicos

(Tales como aspirina, paracetamol, fenacetina, no especificados como psicótropos en F10-F19.)

F55.3 Antiácidos

F55.4 Vitaminas

F55.5 Sustancias esteroideas u hormonas

F55.6 Hierbas o remedios populares

F55.8 Otras sustancias que no producen dependencia

(Como diuréticos.)

F55.9 No especificado

**F59 Síndromes comportamentales no especificados
asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos**

Disfunción fisiológica psicógena NOS.

F60-F69

Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

Esta sección incluye diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y expresan 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. Los trastornos específicos de la personalidad (F60.-), los trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad (F61.-) y las transformaciones persistentes de la personalidad (F62.-) son formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como repuestas inflexibles en un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas o significativas del modo en que el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, particularmente, 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.

Notas diagnósticas

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.-).

La ciclotimia y el trastorno esquizotípico se clasificaban antes entre los trastornos de la personalidad, pero aparecen ahora en otro lugar (la ciclotimia, en F30-F39, y el trastorno esquizotípico, en F20-F29).

F60 Trastornos de la personalidad específicos

Son alteraciones severas de la personalidad y de las tendencias comportamentales del individuo, que no son consecuencia directa de una enfermedad, daño o alguna otra alteración del cerebro, o de una enfermedad psiquiátrica. Normalmente abarcan diversas áreas de la personalidad y casi siempre van asociadas con tensión subjetiva y dificultades de adaptación social. Suelen estar presentes desde la infancia o la adolescencia y persisten en la vida adulta.

CDI-10

- G1. El modo de ser propio del individuo y su forma permanente de vivenciar y comportarse, se desvía de forma importante de las normas aceptadas y esperadas de la propia cultura. Esta desviación ha de manifestarse en más de una de las siguientes áreas:
 1. Cognición (p. ej., en la manera de percibir e interpretar las cosas, personas y acontecimientos; en el desarrollo de las actitudes y la imagen de sí mismo y de los demás).
 2. Afectividad (rango, intensidad y adecuación de la respuesta emocional y la afectividad).
 3. Control de los impulsos y satisfacción de deseos.
 4. Modo en que se relaciona con los demás y manejo de situaciones interpersonales.
- G2. La desviación debe manifestarse de forma generalizada como un comportamiento rígido y desadaptativo que interfiere en una amplia gama de situaciones personales y sociales (p. ej., no se limita a una situación o estímulo desencadenante).
- G3. Se produce malestar general, efecto negativo en el entorno social o ambos, claramente atribuibles al comportamiento referido en el criterio G2.
- G4. Evidencia de que la desviación es estable y de larga duración, con inicio al final de la infancia o la adolescencia.
- G5. La desviación no puede ser explicada como una consecuencia o manifestación de otros trastornos mentales del adulto. No obstante, pueden darse condiciones agudas o crónicas que se recogen en las categorías F00-F59 o F70-F79 de esta clasificación y que coexisten o se superponen a la misma.
- G6. La alteración no se debe a enfermedad del sistema nervioso central, traumatismo o disfunciones cerebrales. (En caso de que se demuestre una causa orgánica se utilizará la categoría F07.-.)

Notas diagnósticas

La valoración de los criterios G1-G6 ha de basarse en tantas fuentes de información como sea posible. Aunque, en ocasiones, una entrevista con el paciente proporciona información suficiente, se recomienda, como norma general, obtener la información a través de más de una entrevista, así como completar la historia con información dada por otras personas o de informes previos.

Para realizar una investigación posterior se recomienda desarrollar subcriterios para patrones de comportamiento específicos de los diferentes contextos culturales en lo que concierne a las normas, regulaciones y obligaciones sociales allí donde se necesiten (como, por ejemplo, en la determinación de irresponsabilidad y desprecio de las normas sociales en el trastorno disocial de la personalidad).

El diagnóstico de trastorno de la personalidad con fines de investigación requiere la identificación de un subtipo (se pueden codificar varios de ellos si hay clara evidencia de que se satisfacen criterios de varios de ellos).

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad

El trastorno paranoide de la personalidad se caracteriza por una sensibilidad excesiva a los contratiempos; incapacidad para perdonar agravios; suspicacia y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias interpretando las manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles o despectivas; suspicacia recurrente, no justificada, sobre la fidelidad del cónyuge o compañero sexual; y un sentido combativo y tenaz de los propios derechos. Puede existir un sentimiento exagerado de autoimportancia y frecuentemente existe una actitud excesiva de autorreferencia.

Personalidad (trastorno):

- Expansivo paranoide.
- Fanática.
- Querulante.
- Paranoide.
- Paranoide sensitiva.

Excluye: Paranoia (F22.0):

- Querulante (F22.8).

Paranoide:

- Psicosis (F22.0).
- Esquizofrenia (F20.0).
- Estado (F22.0).

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales del trastorno de personalidad (F60).
- B. Deben estar presentes al menos cuatro de los siguientes:
 1. sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires.
 2. predisposición a rencores persistentes; p. ej., incapacidad para perdonar agravios o perjuicios.
 3. suspicacia y predisposición generalizada a distorsionar las propias vivencias, interpretando las manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles y despectivas.
 4. sentido combativo y tenaz de los propios derechos, al margen de la realidad.
 5. suspicacia persistente, sin justificación, acerca de la fidelidad del cónyuge o pareja sexual.
 6. actitud autorreferencial persistente asociada particularmente a un sentimiento de autoimpotencia excesiva.
 7. preocupación por “conspiraciones” sin fundamento que explicarían los acontecimientos del entorno inmediato o del mundo en general.

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad

Trastorno de personalidad caracterizado por frialdad emocional, ausencia de relaciones sociales u otros contactos, y tendencia a la fantasía, las actividades soli-

tarias y la introspección. Asimismo, existe una incapacidad para expresar sentimientos y para sentir placer.

Excluye: Síndrome de Asperger (F84.5).
Trastorno delirante (F22.0).
Trastorno esquizoide de la infancia (F84.5).
Esquizofrenia (F20.-).
Trastorno esquizotípico (F21).

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales del trastorno de personalidad (F60).
- B. Deben cumplirse al menos cuatro de los siguientes:
 1. Pocas actividades, si es que hay algunas, le proporcionan placer.
 2. Frialidad emocional, desapego o embotamiento afectivo.
 3. Capacidad limitada para expresar sentimientos de simpatía, ternura o ira hacia los demás.
 4. Aparente indiferencia a las críticas y elogios.
 5. Poco interés por mantener relaciones sexuales con otras personas (teniendo en cuenta la edad).
 6. Marcada preferencia por las actividades solitarias.
 7. Excesiva preocupación por la fantasía y la introspección.
 8. Ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza, ni deseos de tenerlas.
 9. Marcada insensibilidad por las normas y convenciones sociales establecidas (dicha indiferencia no es deliberada).

F60.2 Trastorno disocial de la personalidad

Trastorno de la personalidad caracterizado por desprecio hacia las obligaciones sociales y cruel despreocupación por los sentimientos de los demás. Existe una gran disparidad entre las normas sociales vigentes y su comportamiento. El comportamiento no es fácilmente modificable por experiencias adversas, incluido el castigo. Hay una baja tolerancia a la frustración y un bajo umbral para descargas de agresividad, incluido el comportamiento violento; hay tendencia a culpar a otros o a presentar racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo con la sociedad.

Trastorno de personalidad:

- Amoral.
- Antisocial.
- Asocial.
- Psicopático.
- Sociopático.

Excluye: Trastornos disociales (F91.-).
Trastorno de personalidad emocionalmente inestable (F60.3).

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad (F60).
- B. Deben estar presentes al menos tres de los siguientes:
 1. Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás.
 2. Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales.
 3. Incapacidad para mantener relaciones personales permanentes, aunque no para establecerlas.
 4. Muy baja tolerancia a la frustración y bajo umbral para descargas de agresividad, incluyendo reacciones violentas.
 5. Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en especial del castigo.
 6. Marcada predisposición a culpar a los demás o a presentar racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo.

Nota diagnóstica

La irritabilidad persistente y la presencia de alteraciones de conducta durante la infancia y la adolescencia completan el cuadro clínico, aunque no se requieren para el diagnóstico. Se recomienda desarrollar subcriterios para los patrones específicos de conducta en los diferentes contextos culturales en lo que atañe a normas, regulaciones y obligaciones sociales (como podría ocurrir en los casos de irresponsabilidad y desprecio por las normas sociales).

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

Se trata de un trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias; el ánimo es impredecible y caprichoso. Existe predisposición a tener arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas. Asimismo hay predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados. Se distinguen dos tipos de trastorno: el tipo impulsivo, caracterizado principalmente por inestabilidad emocional y falta de control de impulsos, y el límite, caracterizado, además, por distorsiones de la imagen corporal, de los propios objetivos y de la imagen íntima, sentimientos crónicos de vacío, relaciones interpersonales intensas e inestables y tendencia al comportamiento autodestructivo, incluyendo gestos e intentos de suicidio.

Trastorno de personalidad:

- Agresivo.
- Límite.
- Explosivo.

Excluye: Trastorno disocial de la personalidad (F60.2).

F60.30	Tipo impulsivo
---------------	-----------------------

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad (F60).
- B. Tienen que estar presentes al menos tres de los siguientes, de los cuales uno de ellos ha de ser el 2:
 - 1. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.
 - 2. Marcada predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos son impedidos o censurados.
 - 3. Tendencia a presentar arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.
 - 4. Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.
 - 5. Humor inestable y caprichoso.

F60.31	Tipo límite
---------------	--------------------

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad (F60).
- B. Deben estar presentes al menos tres síntomas de los mencionados en el criterio B de F60.30, a los que se han de añadir al menos dos de los siguientes:
 - 1. Alteraciones o dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y de las preferencias íntimas (incluyendo las sexuales).
 - 2. Facilidad para verse envuelto en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis emocionales.
 - 3. Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.
 - 4. Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.
 - 5. Sentimientos crónicos de vacío.

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

Trastorno de personalidad caracterizado por afecto superficial y lábil, teatralidad, dramatización, exagerada expresión de las emociones, sugestionabilidad, egocentrismo, indulgencia para sí mismo, falta de consideración con los demás, facilidad para sentirse herido y búsqueda continua de aprecio, estímulos y atención.

Trastorno de personalidad:

- Histérico.
- Psicoinfantil.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastorno de personalidad (F60).
- B. Deben estar presentes al menos cuatro de los siguientes síntomas:
 1. Tendencia al autodramatismo, teatralidad y expresión exagerada de emociones.
 2. Sugestionabilidad (el individuo es fácilmente influenciado por otros o por las circunstancias).
 3. Afectividad lábil y superficial.
 4. Búsqueda continua de estímulos y actividades en las que ser el centro de atención.
 5. Comportamiento o apariencia inapropiadamente seductor.
 6. Preocupación excesiva por el aspecto físico.

Notas diagnósticas

El egocentrismo, la indulgencia para sí mismos, el deseo continuo de estima, la falta de consideración con los demás, la facilidad para sentirse herido y el comportamiento manipulador constante pueden completar el cuadro clínico, aunque no son necesarios para el diagnóstico.

F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad

Trastorno de personalidad caracterizado por sentimientos de duda, perfeccionismo, preocupación excesiva por detalles y comprobaciones, obstinación, precaución y rigidez. Pueden aparecer también pensamientos o impulsos no deseados, aunque éstos no son tan graves como en el trastorno obsesivo-compulsivo.

Trastorno de personalidad:

- Compulsivo.
- Obsesivo.
- Obsesivo-compulsivo.

Excluye: Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales del trastorno de personalidad (F60).

B. Deben estar presentes al menos cuatro de los siguientes síntomas:

1. Sentimientos de duda y precauciones excesivas.
2. Preocupación por detalles, listas, reglas, orden, organización u horarios.
3. Perfeccionismo que interfiere con la realización de tareas.
4. Rectitud y escrupulosidad excesivos.
5. Preocupación injustificada por la productividad, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y relaciones interpersonales.
6. Excesiva pedantería y adhesión a las convenciones sociales.
7. Rigidez y obstinación.
8. Insistencia irracional en que los demás se sometan a la propia rutina de hacer las cosas o resistencia irracional a permitir que los demás realicen sus tareas.

F60.6 Trastorno ansioso (evitativo) de la personalidad

Es un trastorno de personalidad caracterizado por sentimientos de tensión y temor, inseguridad e inferioridad. Existe un continuo deseo de agradar y ser aceptado, hipersensibilidad a la crítica y al rechazo, con restricción de las relaciones personales y tendencia a evitar determinadas actividades mediante la exageración de los potenciales riesgos y peligros de las situaciones cotidianas.

CDI-10

A. Deben cumplirse los criterios generales para trastornos de personalidad (F60).

B. Deben cumplirse al menos cuatro de los siguientes síntomas:

1. Sentimientos constantes y generalizados de tensión emocional y temor.
2. Creencia en que uno es socialmente incapaz, carece de atractivo personal o es inferior a los demás.
3. Preocupación excesiva por ser rechazado o criticado en situaciones sociales.
4. Resistencia a entablar relaciones personales si no tienen la seguridad de que van a ser aceptados.
5. Restricción en el estilo de vida debido a la necesidad de seguridad física.
6. Evitación de actividades sociales y laborales que conlleven un contacto interpersonal significativo debido al miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo.

F60.7 Trastorno dependiente de personalidad

Trastorno de personalidad caracterizado por la excesiva dependencia de otras personas para tomar decisiones más o menos importantes de su vida, gran temor al abandono, sentimientos de impotencia e incompetencia, aceptación pasiva de

los deseos de los demás e incapacidad para afrontar las demandas de la vida cotidiana. La ausencia de iniciativa puede estar presente en la esfera emocional o intelectual; tendencia a delegar la responsabilidad en otros.

Trastorno de personalidad:

- Asténico.
- Inadecuado.
- Pasivo.
- Derrotista.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales del trastorno de personalidad (F60).
- B. Al menos cuatro de los siguientes síntomas han de estar presentes:
1. Fomentar o permitir que otras personas asuman responsabilidades importantes de la propia vida.
 2. Subordinación de las propias necesidades a las de aquellos de los que se depende y sumisión excesiva a sus deseos.
 3. Resistencia a hacer peticiones, incluso razonables, a las personas de las que se depende.
 4. Sentimientos de incomodidad y abandono al estar solo, a causa de un temor exagerado a ser incapaz de cuidar de sí mismo.
 5. Preocupación de ser abandonado a su propia suerte.
 6. Escasa capacidad para tomar decisiones cotidianas sin un apoyo, consejo y reaseguramiento excesivo por parte de los demás.

F60.8 Otros trastornos de la personalidad específicos

Trastorno de personalidad:

- Excéntrico.
- Inhibido.
- Inmaduro.
- Narcisista.
- Pasivo-agresivo.
- Psiconeurótico.

Nota diagnóstica

Debe utilizarse esta categoría cuando se satisfagan los criterios de trastorno de la personalidad recogidos en F60 y ninguna de las categorías previas sea adecuada (ver también Anexo 1). En investigación debe añadirse un dígito extra para identificar trastornos de personalidad específicos que no estén recogidos en la CIE-10. Cuando se utilice el código F60.8 se recomienda recoger siempre una breve descripción del trastorno de personalidad específico.

F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado

Neurosis del carácter NOS.
Personalidad patológica NOS.

F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad

Esta categoría está prevista para aquellos trastornos y anomalías de la personalidad que suelen ser problemáticos, pero que no presentan el conjunto específico de síntomas que caracteriza a los trastornos descritos en F60.-. En consecuencia, resultan a menudo más difíciles de diagnosticar que los trastornos de F60.-. Los ejemplos incluyen trastornos mixtos de personalidad con síntomas de varios de los trastornos de F60.-, pero que no tienen los síntomas suficientes para hacer un diagnóstico más específico, y cambios de personalidad problemáticos que no se pueden clasificar en F60.- o F62.- y considerados como secundarios a un diagnóstico principal de un trastorno afectivo o de ansiedad.

Excluye: Rasgos de personalidad acentuados (Z73.1).

CDI-10

No se han establecido criterios reglados para los trastornos de personalidad mixtos, dado que los investigadores en este campo preferirán establecer sus propios criterios dependiendo del objetivo del estudio. Para este trabajo se sugieren los siguientes códigos:

F61.0 Trastornos mixtos de la personalidad*

Se presentan algunos de los criterios de varios de los trastornos de F60.-, pero sin llegar a cumplirse los criterios requeridos para ninguno de ellos.

F61.1 Cambios conflictivos de la personalidad***F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado**

* Este código de cuatro caracteres no se incluye en el Capítulo V (F) de la CIE-10.

F62 Cambios persistentes de la personalidad no atribuibles a enfermedad o daño cerebral

Este grupo incluye anomalías de la personalidad y del comportamiento en la edad adulta que, como consecuencia de catástrofes o exposiciones prolongadas a estrés excesivo, o de haber padecido enfermedades psiquiátricas graves, se han presentado en personas que previamente no presentaban trastornos de la personalidad. Los diagnósticos incluidos en este apartado sólo deben hacerse cuando haya evidencia clara de un cambio definido y duradero del modo como el enfermo percibe, se relaciona o piensa sobre el entorno y consigo mismo. La transformación de la personalidad debe ser significativa y acompañarse de un comportamiento rígido y desadaptativo, que no estaba presente antes de la experiencia patógena. La alteración no debe ser una manifestación de otro trastorno mental o un síntoma residual de cualquier trastorno mental previo.

Excluye: Trastornos mentales y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral (F07.-).

F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica

Es una transformación persistente de la personalidad que tiene que haber estado presente por lo menos durante dos años tras la experiencia catastrófica. El estrés debe ser tan extremo como para que no se requiera considerar la vulnerabilidad personal para explicar el profundo efecto sobre la personalidad. El trastorno se caracteriza por una actitud de desconfianza y hostilidad hacia el mundo, aislamiento social, sentimientos de vacío o desesperanza, sensación permanente de “estar al límite”, como si se estuviera constantemente amenazado, y vivencia de extrañeza de sí mismo.

Cambio de personalidad después de:

- Experiencias en campos de concentración.
- Desastres.
- Situaciones prolongadas de :
 - Cautiverio con peligro inminente de ser ejecutado.
 - Exposición a situaciones amenazantes para la vida como ser víctima de un acto terrorista.
- Torturas.

Excluye: Trastorno por estrés post-traumático (F43.1).

CDI-10

- A. Debe existir evidencia (a través de la anamnesis o de informantes adecuados) de un cambio persistente en la forma de percibir, relacionarse y pensar acerca de sí mismo y del mundo, que se produce tras haber estado expuesto a un estresante catastrófico (p. ej., experiencias en campos de concentración; tortura; desastre; exposición prolongada a situaciones de riesgo vital).



- B. El cambio de personalidad debe ser significativo y manifestarse en forma de rasgos rígidos y desadaptativos definidos por, al menos, dos de los siguientes síntomas:
1. Actitud permanente de hostilidad y desconfianza hacia el mundo en una persona que no había presentado antes estos rasgos.
 2. Aislamiento social (evitación del contacto con todas las personas en general, a excepción de unos pocos parientes íntimos con los que convive) no debido a otro trastorno mental (como un trastorno afectivo).
 3. Sentimiento constante de vacío o desesperanza, no limitado a un episodio recortado de trastorno afectivo y que no estaba presente antes del acontecimiento estresante. Puede acompañarse de un aumento de la dependencia de otras personas, con una incapacidad para expresar sentimientos negativos o agresivos y con un humor depresivo prolongado, sin que antes de la exposición a la situación catastrófica existiera un trastorno depresivo.
 4. Sentimiento permanente de estar “al límite” o amenazado sin una causa externa, que se manifiesta por un aumento de la actitud de vigilancia y la irritabilidad en una persona que previamente no presentaba estos rasgos o tendencia exagerada a la alerta. Este estado crónico de tensión interna y de sentirse amenazado puede acompañarse de predisposición al consumo excesivo de alcohol o drogas.
 5. Sentimiento de haber cambiado o ser diferente a los demás (extrañeza de sí mismo). Este sentimiento puede acompañarse de vivencias de embotamiento afectivo.
- C. El cambio debe producir una alteración significativa del funcionamiento cotidiano, social o malestar subjetivo.
- D. La modificación de la personalidad debe haberse presentado después de la experiencia catastrófica y no deben existir datos de trastorno de la personalidad en la edad adulta preexistente, ni tampoco tratarse de acentuación de rasgos previos. Tampoco deben haber existido trastornos de personalidad o del desarrollo en la infancia o la adolescencia que pudieran explicar los rasgos presentes de la personalidad.
- E. La modificación de la personalidad debe haber estado presente durante al menos dos años, no estar relacionada con episodios de otros trastornos mentales (excepto el trastorno por estrés post-traumático) y no puede atribuirse a lesión cerebral ni a otra enfermedad.
- F. La transformación de la personalidad descrita es precedida a menudo de un trastorno por estrés post-traumático (F43.1). Los síntomas de ambos cuadros pueden superponerse y el cambio de personalidad puede constituir una evolución crónica de un trastorno por estrés post-traumático. Sin embargo, no se debe diagnosticar una transformación persistente de la personalidad en estos casos a no ser que, además de los criterios para estrés post-traumático, se cumplan durante dos años los criterios mencionados anteriormente.

F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica

Se trata de una transformación de la personalidad, de al menos dos años de duración, atribuible a la experiencia traumática de sufrir una enfermedad psiquiá-

trica grave. Los cambios no pueden ser explicados por un trastorno de personalidad previo y deben diferenciarse de la esquizofrenia residual y de otros estados de recuperación incompleta de un trastorno mental previo. El trastorno se caracteriza por una excesiva dependencia y demanda de otras personas; convicción de haber cambiado o estar estigmatizado por la enfermedad, lo cual da lugar a una incapacidad para formar y mantener relaciones personales de confianza y al aislamiento social; pasividad, reducción de los intereses y disminución de la participación en actividades de ocio; quejas continuas acerca de estar enfermo, que pueden acompañarse de demandas hipocondríacas y comportamiento de enfermo; humor disfórico o lábil, no debido a un trastorno mental presente o previo con síntomas afectivos residuales; deterioro significativo del rendimiento social y laboral.

CDI-10

- A. Debe haber evidencia de una modificación definida y duradera del estilo personal de percibir, relacionarse y pensar acerca del mundo y de uno mismo tras la experiencia de padecer uno o varios episodios de enfermedad psiquiátrica, de los cuales la persona se ha recuperado clínicamente sin síntomas residuales.
- B. La modificación de la personalidad debe ser significativa y consistir en rasgos rígidos y desadaptativos definidos por la presencia de, al menos, dos de los síntomas siguientes:
 1. Dependencia de otras personas (el sujeto asume de un modo pasivo, o incluso demanda, que otros tomen la responsabilidad de su propia vida, además de rechazar el decidir sobre asuntos importantes relacionados con el futuro).
 2. Retraimiento social o aislamiento secundario a la convicción (no delirante) o al sentimiento de haber cambiado, o a estar estigmatizado como consecuencia de la enfermedad. Esta convicción o sentimiento puede verse reforzado por algunas actitudes de la sociedad, pero no puede ser explicada completamente por las circunstancias sociales objetivas. El sentimiento de vulnerabilidad al oprobio de los demás (herida narcisista) puede ser también un factor a tener en cuenta, pero para ser considerado como un rasgo duradero de personalidad debe ser egosintónico.
 3. Pasividad, reducción de los intereses y disminución de la participación en actividades de ocio (lo cual puede reforzar el aislamiento social).
 4. Cambio en el modo como se percibe a sí mismo, que lleva a una frecuente o constante queja de estar enfermo; esta característica puede acompañarse de actitudes hipocondríacas y de un incremento en la utilización de los servicios psiquiátricos y médicos en general.
 5. Actitud demandante hacia terceras personas, de las que el sujeto espera una atención especial o se considera merecedor de un trato especial.
 6. Humor disfórico o lábil, no debido a un trastorno mental previo con síntomas afectivos residuales.
- C. La modificación de la personalidad tras la enfermedad psiquiátrica debe ser entendida como la experiencia subjetiva del sujeto acerca de la situación, su adaptación previa, vulnerabilidad y situación vital, incluyendo las reacciones y actitudes de sus allegados hacia la enfermedad psiquiátrica.



- D. La modificación de la personalidad debe causar una alteración significativa de la actividad social o laboral, malestar subjetivo o impacto negativo en el entorno social.
- E. No deben existir antecedentes de trastorno de personalidad en la edad adulta o acentuación de rasgos previos, así como tampoco haber tenido trastornos de la personalidad o del desarrollo en la infancia o adolescencia que puedan explicar los rasgos de personalidad actuales.
- F. La modificación de la personalidad debe haber estado presente durante al menos dos años y no es una manifestación de otro trastorno mental o secundario a una lesión cerebral o enfermedad.

F62.8 Otras transformaciones persistentes de la personalidad

Trastorno de personalidad en el dolor crónico.

F62.9 Cambio persistente de la personalidad no especificado

F63 Trastornos de los hábitos y del control de impulsos

Esta categoría incluye ciertos trastornos de comportamiento que no son clasificables en otros apartados. Están caracterizados por actos repetidos que no tienen una motivación racional clara, no se pueden controlar y, generalmente, dañan los intereses del propio paciente y de los demás. El enfermo refiere que el comportamiento se asocia al impulso a la acción. La etiología de estos trastornos no está clara y se agrupan juntos debido a las grandes semejanzas descriptivas, pero no porque se sepa que compartan cualquier otro rasgo importante.

Excluye: Abuso habitual de alcohol o sustancias psicotropas (F10-F19).
Trastornos de los impulsos y hábitos que afectan al comportamiento sexual (F65.-).

F63.0 Juego patológico

Este trastorno consiste en la presencia de episodios de juego frecuentes y reiterados que dominan la vida del enfermo en perjuicio de los valores y obligaciones sociales, laborales y familiares del mismo.

Juego compulsivo.

Excluye: Juego excesivo en pacientes maníacos (F30.-).
Juego y apuestas NOS (Z72.6).
Juego en el trastorno disocial de la personalidad (F60.2).

CDI-10

- A. Presencia de dos o más episodios de juego en el período de, al menos, un año.
- B. Estos episodios carecen de provecho económico para el paciente, pero se reiteran a pesar de los efectos perjudiciales sobre el entorno familiar y social y a pesar del malestar personal que producen.
- C. El sujeto describe un impulso intenso a jugar difícil de controlar y afirma ser incapaz de dejar de jugar mediante un esfuerzo de voluntad.
- D. Preocupación por imágenes mentales o pensamientos relacionados con el acto de jugar o las circunstancias que lo rodean.

F63.1 Conducta incendiaria patológica (piromanía)

Trastorno caracterizado por la reiteración de actos o intentos de prender fuego a propiedades u otros objetos, sin motivo aparente, junto con una preocupación constante sobre temas relacionados con el fuego y la combustión. Este comportamiento se asocia frecuentemente a sentimientos de tensión creciente antes del acto y una excitación emocional intensa inmediatamente después de que se haya llevado a cabo.

Excluye: Incendio provocado (por) (en):

- Adulto con trastorno disocial de personalidad (F60.2).
- Intoxicación por alcohol o sustancias psicotropas (F10-F19, frecuentemente con un cuarto dígito .0).
- Sospecha de un trastorno mental que motiva la observación (Z03.2).
- Trastornos de conducta (F91.-).
- Trastornos orgánicos cerebrales (F00-F09).
- Esquizofrenia (F20.-).

CDI-10

- A. Dos o más actos de prender fuego sin motivo aparente.
- B. El sujeto describe la presencia de un impulso intenso a prender fuego a objetos, precedido de un sentimiento de tensión que se alivia al llevar a cabo la acción.
- C. Preocupación por pensamientos o imágenes mentales relacionados con prender fuego o con las circunstancias que rodean a la acción (p. ej., interés anormal por coches de bomberos o con llamar a los servicios contra incendios).

F63.2 Cleptomanía

Trastorno caracterizado por el fracaso reiterado en el intento de resistir los impulsos de robar objetos que no se emplean para el uso personal o con fines lucrativos. Los objetos pueden desecharse, regalarse o esconderse. Este comportamiento se acompaña generalmente de un aumento de tensión antes del acto y de sensación de gratificación durante o después del mismo.

Excluye: Hurto en el trastorno depresivo (F31-F33).
 Trastornos orgánicos cerebrales (F00-F09).
 Hurtos en tiendas que motivan observación por sospecha de trastorno mental (Z03.2).

CDI-10

- A. Presencia de dos o más episodios de robo sin aparente ganancia para sí mismo u otras personas.
- B. El sujeto describe la presencia de un impulso imperioso a robar, precedido por un sentimiento de tensión que se alivia al llevar a cabo la acción.

F63.3 Tricotilomanía

Trastorno caracterizado por una pérdida apreciable de cabello debida al fracaso reiterado para resistir los impulsos de arrancarse el pelo. Este comportamiento suele ser precedido por un aumento de tensión, que se sigue de una sensación de alivio o gratificación. Este diagnóstico no se debe hacer si existe previamente una inflamación de la piel o si el pelo es arrancado como respuesta a una idea delirante o a una alucinación.

Excluye: Trastorno de estereotipias motoras (con tirones de pelo) (F98.4).

CDI-10

- A. Notable pérdida del cabello debida a una incapacidad persistente y recurrente para resistir los impulsos de arrancarse cabellos.
- B. El sujeto describe la presencia de un impulso intenso a arrancarse cabellos, con una creciente tensión previa y sensación de alivio al llevar a cabo la acción.
- C. Ausencia de inflamación preexistente de la piel. No se presenta como respuesta a ideas delirantes o alucinaciones.

F63.8 Otros trastornos de los hábitos o del control de los impulsos

Este apartado debe usarse para otros tipos de conducta desadaptativa persistente que no es secundaria a un síndrome psiquiátrico conocido y que se manifiesta por un fallo repetido para resistir el impulso a dicha conducta. Existe un período de tensión previo, con una sensación de alivio durante el acto.

Trastorno explosivo intermitente.

F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de impulsos no especificado

F64 Trastornos de la identidad sexual

F64.0 Transexualismo

Consiste en el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, que suele acompañarse por sentimientos de malestar o desacuerdo con el sexo anatómico propio y de deseos de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal para hacer que el propio cuerpo concuerde con el sexo preferido.

CDI-10

- A. Deseo de vivir y ser aceptado como un miembro de género opuesto, por lo general acompañado por el deseo de modificar mediante métodos hormonales o quirúrgicos el propio cuerpo para hacerlo lo más congruente posible con el género preferido.
- B. La identidad transexual ha estado presente de forma persistente durante al menos dos años.
- C. No se trata de un síntoma de otro trastorno mental, tal como una esquizofrenia, ni está asociado a anomalías cromosómicas.

F64.1 Travestismo no fetichista (de doble rol)

Consiste en llevar ropas del sexo opuesto durante una parte de la propia vida a fin de disfrutar de la experiencia transitoria de pertenecer al sexo opuesto, pero sin ningún deseo de llevar a cabo un cambio de sexo permanente o ser sometido a una intervención quirúrgica para ello, y sin excitación sexual acompañando a esta experiencia.

Trastorno de la identidad sexual del adolescente o del adulto no transexual.

Excluye: Travestismo fetichista (F65.1).

CDI-10

- A. Vestir atuendos del género opuesto con el objeto de experimentar temporalmente el pertenecer al sexo opuesto.
- B. No hay motivación sexual en el cambio de atuendo.
- C. El sujeto no desea el cambio permanente al género opuesto.

F64.2 Trastorno de la identidad sexual de la infancia

Se trata de un trastorno que suele manifestarse por primera vez durante la primera infancia (siempre mucho antes de la pubertad) y que se caracteriza por un malestar intenso y persistente por propio género junto al deseo (o insistencia) de pertenecer al sexo opuesto. Existe una preocupación constante con el vestido o las actividades del sexo opuesto, o un rechazo hacia el propio sexo. El diagnóstico requiere una profunda alteración en el sentimiento normal de masculinidad o feminidad. No es suficiente la simple masculinización de los hábitos en las chicas o el afeminamiento en los chicos. Los trastornos de identidad sexual en individuos que han llegado a la pubertad o están entrando en ella deben clasificarse en F66.-.

Excluye: Orientación sexual egodistónica (F66.1).
Trastorno de la maduración sexual (F66.0).

CDI-10

Para mujeres:

- A. Malestar intenso y persistente por el hecho de ser chica, acompañado del deseo manifiesto de ser chico (no simplemente un deseo por algunas ventajas culturales de ser chico), o insistencia en que ella es un chico.
- B. Presencia de uno de los siguientes síntomas:
 - 1. Rechazo marcado y persistente hacia los atuendos femeninos habituales e insistencia en vestir ropas típicamente masculinas; por ejemplo, ropa interior y otros accesorios de chicos.
 - 2. Repudio persistente de las estructuras anatómicas femeninas, puesto de manifiesto por al menos uno de los siguientes síntomas:
 - a) Afirmación de que ella tiene, o que le crecerá, un pene.
 - b) Negativa a orinar en posición sentada.
 - c) Afirmación de que no quiere que le crezcan los pechos ni tener la menstruación.



- C. La chica no ha alcanzado la pubertad.
- D. El trastorno ha de estar presente durante al menos seis meses.

Para varones:

- A. Malestar intenso y persistente por el hecho de ser chico, acompañado del deseo de ser chica o, más raramente, insistencia en que él es una chica.
- B. Presencia de uno de los siguientes síntomas:
 - 1. Preocupación por actividades típicamente femeninas, puesta de manifiesto por una preferencia por vestir o simular atuendos femeninos, o por un intenso deseo de participar en los juegos y pasatiempos de las chicas, junto a un rechazo de los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinas.
 - 2. Repudio persistente de las estructuras anatómicas masculinas, como se pone de manifiesto en alguna de las siguientes afirmaciones:
 - a) Creencia en que él crecerá hasta convertirse en mujer (no solamente en lo referente al papel de ésta).
 - b) Creencia en que su pene y sus testículos son molestos o que desaparecerán.
 - c) Creencia en que sería mejor no tener testículos ni pene.
- C. El chico no ha alcanzado la pubertad.
- D. El trastorno ha de estar presente durante al menos seis meses.

F64.8 Otros trastornos de la identidad sexual

F64.9 Trastorno de la identidad sexual no especificado

Trastorno del papel sexual no especificado.

F65 Trastornos de la inclinación sexual

Incluye: Parafilias.

CDI-10

Criterios generales de las categorías F65.0-F65.8:

- G1. El individuo experimenta impulsos sexuales y fantasías de carácter recurrente e intenso que implican objetos y actividades inusuales.

- G2. El individuo actúa de acuerdo a estos impulsos o siente un marcado malestar a causa de éstos.
- G3. La tendencia ha de estar presente al menos durante seis meses.

F65.0 Fetichismo

Consiste en la dependencia de algún objeto inerte como estímulo para la excitación y la gratificación sexual. Muchos fetiches son extensiones del cuerpo humano, tales como artículos de ropa o calzado. Otros objetos frecuentes se caracterizan por alguna textura particular, como la goma, el plástico o el cuero. La importancia de los fetiches varía según el individuo. En algunos casos sirven simplemente como refuerzo de la excitación sexual conseguida por medios ordinarios (p. ej., haciendo que la pareja lleve una determinada vestimenta).

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de la inclinación sexual (F65).
- B. El fetiche (un objeto inerte) es la fuente más importante de estimulación sexual o es esencial para una respuesta sexual satisfactoria.

Nota diagnóstica

El fetichismo se presenta casi exclusivamente en varones.

F65.1 Travestismo fetichista

Consiste en llevar ropa del sexo opuesto con el objetivo principal de obtener excitación sexual y para crear la apariencia de ser una persona del sexo opuesto. El travestismo fetichista se distingue del travestismo transexual por su clara asociación con la excitación sexual y con el fuerte deseo de quitarse la ropa una vez que se alcanza el orgasmo y la excitación sexual disminuye. Puede darse como una fase temprana en el desarrollo del transexualismo.

Fetichismo travestista.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de la inclinación sexual.



- B. El sujeto viste ropas o atuendos del sexo opuesto para crear la apariencia y el sentimiento de ser un miembro de dicho sexo.
- C. La inversión del vestir está íntimamente relacionada con la excitación sexual. Una vez que se alcanza el orgasmo y la excitación sexual disminuye hay un deseo intenso de quitarse las ropas fetiches.

F65.2 Exhibicionismo

Tendencia persistente o recurrente a exponer los órganos genitales a extraños (normalmente del sexo opuesto) o a gente en lugares públicos, sin incitarlos o intentar un contacto más íntimo. Existe normalmente, aunque no siempre, una excitación sexual durante el período de la exposición y el acto suele seguirse de una masturbación.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de la inclinación sexual (F65).
- B. Inclinación recurrente o persistente a exponer por sorpresa los propios genitales a extraños (generalmente del sexo opuesto), lo cual se asocia invariablemente a excitación sexual y masturbación.
- C. No hay intención de contacto sexual con el “testigo”.

F65.3 Escoptofilia (voyeurismo)

Se trata de una tendencia persistente o recurrente a mirar a personas que realizan una actividad sexual o íntima, como desnudarse. Esta actividad es llevada a cabo sin que la persona observada se percate, y generalmente va acompañada de excitación sexual y masturbación.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales para los trastornos de la inclinación sexual (F65).
- B. Inclinación persistente o recurrente a mirar a personas realizando actividades sexuales o íntimas, tales como desnudarse, acompañado por excitación sexual y masturbación.
- C. No existe deseo de relación sexual con las personas observadas.

F65.4 Paidofilia

Se trata de una preferencia sexual por los niños, chicos o chicas, o ambos, normalmente en edad puberal temprana o prepuberal.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de la inclinación sexual (F65).
- B. Inclinación persistente o predominante hacia la actividad sexual con uno o más prepúberes.
- C. La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos cinco años mayor que los niños por los que se siente atraído.

F65.5 Sadomasoquismo

Consiste en una preferencia por actividades sexuales que implican el infringir dolor, humillación o esclavitud. Si el enfermo prefiere ser el receptor de tales estimulaciones, entonces se denomina masoquismo; si es el que lo ocasiona, se trata entonces de sadismo. A menudo un individuo obtiene excitación sexual tanto de las actividades sádicas como de las masoquistas.

Masoquismo.

Sadismo.

CDI-10

- A. Se deben cumplir los criterios generales de los trastornos de la inclinación sexual (F65).
- B. Inclinación hacia un tipo de actividad sexual como receptor (masoquismo), como ejecutor (sadismo) o como ambas formas, que implica la presencia de al menos uno de los síntomas siguientes:
 - 1. Dolor.
 - 2. Humillación.
 - 3. Esclavitud.
- C. La actividad sadomasoquista es la fuente más importante de estimulación sexual o es necesaria para la gratificación sexual.

F65.6 Trastornos múltiples de la inclinación sexual

En ocasiones, más de un trastorno de la inclinación sexual está presente en una misma persona, pero ninguno de ellos predomina. Lo más frecuente es la combinación de fetichismo, travestismo y sadomasoquismo.

F65.8 Otros trastornos de la inclinación sexual

Se incluyen aquí diferentes formas de inclinación sexual, tales como hacer llamadas telefónicas obscenas, frotarse contra otras personas en lugares públicos para conseguir la excitación sexual, actividad sexual con animales, el uso de la estrangulación o anoxia para incrementar la excitación sexual y una preferencia por parejas con alguna anomalía anatómica especial, como un miembro amputado.

- Froteurismo.
- Necrofilia.

Nota diagnóstica

Las prácticas eróticas son tan diversas y muchas de ellas son tan excepcionales o particulares, que no se justifica un epígrafe propio para cada una de ellas. La ingesta de orina, el untarse excrementos o perforarse el prepucio o los pezones pueden formar parte del repertorio sadomasoquista. Rituales de masturbación de varios tipos son frecuentes, pero las prácticas más extremas, tales como la inserción de objetos en el recto o en la uretra peneana, o la autoestrangulación parcial, cuando sustituyen a otros tipos de contactos sexuales ordinarios, alcanzan el grado de anormal. La necrofilia debe también ser codificada en este apartado.

F65.9 Trastorno de la inclinación sexual no especificado

Desviación sexual sin especificación.

F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales

Esta sección puede ser usada para indicar variaciones del desarrollo y orientación sexual que pueden ser problemáticas para el individuo, cuando la orientación sexual en sí misma no es necesariamente problemática o anormal.

La orientación sexual en sí misma no es un trastorno.

F66.0 Trastorno de la maduración sexual

El paciente tiene una falta de claridad sobre su identidad genérica o la orientación sexual, lo cual le produce ansiedad o depresión. Este trastorno se presenta con mayor frecuencia en adolescentes que no están seguros de si su orientación es homosexual, heterosexual o bisexual, o en individuos que después de un período de orientación sexual aparentemente estable, a menudo tras una larga relación de pareja, encuentran que su orientación sexual está cambiando.

F66.1 Orientación sexual egodistónica

En estos casos la identidad genérica, la orientación sexual o la preferencia sexual no se ponen en duda, pero debido a la presencia de trastornos psicológicos o de la conducta, el individuo desea que fueran diferentes, lo que puede llevarle a buscar tratamiento con el fin de cambiarlo.

F66.2 Trastorno de la relación (interpersonal) sexual

El trastorno de la identidad genérica o de la inclinación sexual (heterosexual, homosexual o bisexual) es responsable de dificultades para formar o mantener una relación de pareja.

F66.8 Otros trastornos del desarrollo psicosexual

F66.9 Trastorno no especificado del desarrollo psicosexual

F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

F68.0 Elaboración psicológica de síntomas somáticos

Síntomas somáticos compatibles con un trastorno, enfermedad o incapacidad física; son exagerados o prolongados debido al estado psicológico del enfermo. El paciente está normalmente molesto por su dolor o incapacidad, y frecuentemente preocupado, a veces de forma justificada, por la posibilidad de padecer un dolor o incapacidad prolongados o progresivos.

Neurosis de compensación.

Nota diagnóstica

El trastorno puede justificarse por la insatisfacción con el resultado del tratamiento o investigaciones realizadas, o la decepción con el grado de atención personal recibida en medios sanitarios. En algunos casos parece existir una clara motivación derivada de la posibilidad de obtener indemnizaciones consecutivas a accidentes o lesiones. Sin embargo, el síndrome no remite necesariamente con rapidez cuando el paciente gana el litigio.

CDI-10

- A. Síntomas físicos originariamente debidos a un trastorno físico, enfermedad o incapacidad que se exagera o prolonga en el tiempo más de lo que puede ser explicado por el trastorno físico en sí.
- B. Hay evidencia de una causa psicológica que explica el exceso de síntomas (tales como miedo a la incapacidad o a la muerte, posibilidad de compensación económica, disconformidad con el trato recibido).

F68.1 Producción intencionada o fingimiento de síntomas o incapacidades somáticas o psicológicas (trastorno ficticio)

Se trata de un trastorno en el que el enfermo finge síntomas de forma repetida sin ninguna razón aparente, e incluso puede provocarse daño para producir síntomas o signos. La motivación es oscura y presumiblemente íntima con el objetivo de adoptar el rol de enfermo. El trastorno frecuentemente se asocia a trastornos graves de la personalidad y de las relaciones.

“Paciente peregrinante”.
Síndrome de Münchausen.
Hospital hopper syndrome.

Excluye: Dermatitis ficticia (L98.1).
Simulación (con una motivación obvia) (Z76.5).
Münchausen por poderes (malos tratos en la infancia) (T74.8).

Nota diagnóstica

La simulación (Z76.0) se distingue de este trastorno por la claridad de la motivación que lo produce. Los motivos externos más frecuentes para la simulación son el eludir acciones de la justicia, obtener drogas ilegales, evitar el reclutamiento o deberes militares peligrosos y los intentos de conseguir compensaciones por enfermedad o mejores condiciones de vida, tales como obtención de vivienda. Esta situación es frecuente en los ambientes legales y militares, y poco frecuente en la vida civil ordinaria.

CDI-10

- A. El individuo muestra un patrón persistente de producción intencionada o simulación de síntomas y/o daño autoinfligido para producirse los síntomas.
- B. No hay evidencia de una motivación externa, tal como una compensación económica, escapar de un daño o tener mayor asistencia médica (si existe tal evidencia ha de utilizarse la categoría de simulación Z76.5)
- C. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* No existe evidencia de un trastorno mental o físico que pueda explicar los síntomas.

F68.8 Otros trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto

Trastorno del carácter sin especificar.

Trastorno de relación sin especificar.

Nota diagnóstica

Debe utilizarse este código para clasificar cualquier trastorno de personalidad y del comportamiento del adulto específico que no pueda ser incluido en las categorías precedentes.

F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto no especificado**Nota diagnóstica**

Se debe utilizar este código como último recurso si se admite la existencia de un trastorno de personalidad y del comportamiento, pero se carece de la información que permita su inclusión en una categoría específica.

F70-F79

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 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 o no de cualquier otro trastorno somático o mental.

Los grados de retraso mental se estiman generalmente mediante tests de inteligencia estandarizados, los cuales se complementan con escalas que miden la adaptación social en un entorno determinado. Estas estimaciones proporcionan un valor aproximado para el grado de retraso mental. El diagnóstico depende también de la valoración global del funcionamiento intelectual, llevado a cabo por profesional cualificado.

Las capacidades intelectuales y la adaptación social pueden cambiar a través del tiempo y, aunque limitadas, pueden mejorar como resultado del entrenamiento y la rehabilitación. El diagnóstico debe basarse en los niveles de funcionamiento presentes en un momento dado.

Las cuatro siguientes subdivisiones están destinadas a ser usadas conjuntamente con las categorías F70-F79 para identificar la gravedad del deterioro de comportamiento:

- .0 Mínimo o ningún deterioro del comportamiento.
- .1 Importante deterioro del comportamiento que requiere atención o tratamiento.
- .8 Otros deterioros del comportamiento.
- .9 Sin referencia al deterioro del comportamiento.

Si se desea, puede utilizarse un código adicional para identificar situaciones asociadas tales como autismo, otros trastornos del desarrollo, epilepsia, trastornos de conducta o incapacidad física importante.

Nota diagnóstica

Se requiere un sistema multiaxial especialmente diseñado para hacer justicia a la gran cantidad de recursos humanos, clínicos y sociales necesarios para el manejo de las causas y consecuencias del retraso mental. Tal sistema está preparándose en estos momentos para esta sección del Capítulo V de la CIE-10.

F70 Retraso mental leve

El CI se encuentra aproximadamente en el rango de 50-69 (en adultos con una edad mental de nueve a doce años). Suele acompañarse de dificultades de aprendizaje en el colegio. Muchos adultos pueden ser capaces de trabajar, mantener buenas relaciones sociales y contribuir a la sociedad.

Incluye: Debilidad mental.
Subnormalidad mental leve.

F71 Retraso mental moderado

El CI aproximado se encuentra en el rango de 35-49 (en adultos con una edad mental de seis a nueve años). Suele acompañarse de retrasos importantes del desarrollo en la infancia, aunque la mayoría pueden desarrollar cierto grado de independencia en el cuidado propio y adquirir una comunicación adecuada y algunas habilidades escolares. Los adultos pueden necesitar grados variables de apoyo para vivir y trabajar en la comunidad.

Incluye: Subnormalidad mental moderada.

F72 Retraso mental grave

El CI aproximado se encuentra en el rango de 20-34 (en adultos con una edad mental de tres a seis años). Se necesita un apoyo continuo.

Incluye: Subnormalidad mental grave.

F73 Retraso mental profundo

El CI se encuentra por debajo de 20 (en adultos con una edad mental menor de tres años). Se produce una limitación importante para cuidar de sí mismo, controlar esfínteres, comunicarse y moverse.

Incluye: Subnormalidad mental profunda.

F78 Otro retraso mental**F79 Retraso mental no especificado**

Incluye: Debilidad mental sin especificar.
Subnormalidad sin especificar.

CDI-10 para el retraso mental (F70-79)

Los criterios clínicos detallados que se pueden utilizar internacionalmente para la investigación no se pueden usar para referirse al retraso mental de la misma manera que se hace en otros trastornos del Capítulo V (F). Esto se debe a



que las dos principales características del retraso mental, como las habilidades cognitivas pobres y la disminución de la competencia social, se ven influenciadas de forma importante en su manifestación por los factores culturales y sociales. Sólo podemos dar aquí una guía general sobre cuáles son los métodos más adecuados a usar.

1. **Nivel de habilidades cognitivas.** Dependiendo de las normas culturales y de las expectativas personales, los investigadores deben utilizar sus propios criterios a la hora de medir el cociente de inteligencia o la edad mental, de acuerdo con los rangos dados anteriormente en F7-.
2. **Nivel de competencia social.** En la mayoría de las culturas de América y Europa se recomienda utilizar la Escala de Maduración Social de Vineland¹, si se considera apropiada (tienen que ser desarrolladas versiones modificadas o escalas equivalentes para su uso en otras culturas).

¹ Doll, E. A. *Vineland Social Maturity Scale, condensed manual of directions*. Circle Pines MN, American Guidance Service Inc., 1965.

F80-F89**Trastornos del desarrollo psicológico**

Los trastornos incluidos en esta sección tienen en común: a) comienzo siempre en la primera o segunda infancia; b) deterioro o retraso del desarrollo de las funciones que están íntimamente relacionadas con la maduración biológica del sistema nervioso central, y c) curso estable sin remisiones o recaídas. En la mayoría de los casos las funciones afectadas son el lenguaje, el rendimiento de las funciones visuoespaciales o de coordinación de movimientos. Normalmente el retraso o deterioro ha estado presente desde el momento en que sus manifestaciones fueron detectadas de forma fiable y suele disminuir progresivamente a medida que los niños crecen, aunque en la vida adulta suelen persistir déficit leves).

F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje

En estos trastornos las pautas normales de adquisición del lenguaje están alteradas desde estadios tempranos del desarrollo. Estos trastornos no son directamente atribuibles ni a anomalías neurológicas o de los mecanismos del lenguaje, ni a deterioros sensoriales, retraso mental o factores ambientales. Los trastornos específicos de desarrollo del habla y del lenguaje van normalmente seguidos de otros problemas, tales como dificultades en la lectura y ortografía, en las relaciones interpersonales y trastornos emocionales y del comportamiento.

F80.0 Trastorno específico de la pronunciación

Se trata de un trastorno específico del desarrollo en el que la pronunciación de los fonemas por parte del niño está a un nivel inferior al adecuado a su edad mental, pero en el que el resto de las funciones del lenguaje tienen un nivel normal.

Trastorno del desarrollo fonológico.

Trastorno del desarrollo de la articulación del lenguaje.

Dislalia.

Trastorno funcional de la articulación del lenguaje.

Lambdacismo.

Excluye: Trastornos de la articulación debidos a:

- Afasia sin especificar (R47.0).
- Apraxia (R48.2).
- Pérdida de audición (H90-H91).
- Retraso mental (F70-79).
- Trastorno de la expresión del lenguaje (F80.1).
- Trastorno de la comprensión del lenguaje (F80.2).

Nota diagnóstica

El trastorno también se refiere a un trastorno específico de la fonación.

CDI-10

- A. Capacidad de articulación del lenguaje medida con una prueba estandarizada por debajo de dos desviaciones estándar para la edad cronológica del niño.
- B. Capacidad de articulación de, al menos, una desviación estándar por debajo del CI no verbal medido con una prueba estandarizada.
- C. Expresión y comprensión del lenguaje medida en un test estandarizado, dentro del rango de dos desviaciones estándar para la edad del niño.
- D. Ausencia de déficit neurológicos, sensoriales o somáticos que afecten directamente a la pronunciación.
- E. *Criterio de exclusión usado con mayor frecuencia:* CI no verbal por debajo de 70 medido en una prueba estandarizada.

F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje

Se trata de un trastorno específico del desarrollo en el que la capacidad del niño para la expresión del lenguaje oral es marcadamente inferior al nivel adecuado a su edad mental, pero en el que la comprensión del lenguaje está dentro de los límites normales. Puede haber o no alteraciones de la pronunciación.

Disfasia o afasia del desarrollo de tipo expresivo.

Excluye: Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner) (F80.3).
Disfasia o afasia del desarrollo de tipo receptivo (F80.2).
Disfasia y afasia sin especificar (R47.0).
Mutismo selectivo (F94.0).
Retraso mental (F70-79).
Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-).

CDI-10

- A. Capacidad de expresión del lenguaje medida con una prueba estandarizada por debajo de dos desviaciones estándar para la edad cronológica del niño.
- B. Capacidad de expresión del lenguaje de al menos una desviación estándar por debajo del CI no verbal medido en una prueba estandarizada.

- C. Capacidad de comprensión del lenguaje medida en un test estandarizado dentro del rango de dos desviaciones estándar para la edad del niño.
- D. Utilización y comprensión de la comunicación y funciones no verbales dentro de un rango normal.
- E. Ausencia de déficit neurológicos, sensoriales o somáticos que afecten directamente a la expresión del lenguaje, o de un trastorno generalizado del desarrollo (F84.-).
- F. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia:* CI no verbal inferior a 70 medido con una prueba estandarizada.

F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje

Se trata de un trastorno específico del desarrollo en el que la comprensión del lenguaje por parte del niño es inferior al nivel adecuado a su edad mental. Prácticamente en todos los casos existe, además, un deterioro notable de la expresión del lenguaje y son frecuentes las alteraciones en la pronunciación de los fonemas.

Agnosia auditiva congénita.

Disfasia o afasia del desarrollo de tipo receptivo.

Afasia del desarrollo de Wernicke.

Sordera verbal.

Excluye: Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner) (F80.3).
Autismo (F80.0, F84.1).
Disfasia o afasia sin especificar (R47.0).
Disfasia o afasia de tipo expresivo (F80.1).
Mutismo selectivo (F94.0).
Retraso del lenguaje secundario a sordera (H90-H91).
Retraso mental (F70-F79).

Nota diagnóstica

Este trastorno también se denomina trastorno mixto de la comprensión/expresión.

CDI-10

- A. Capacidad de comprensión del lenguaje medida con una prueba estandarizada por debajo de dos desviaciones estándar para la edad cronológica del niño.
- B. Capacidad de comprensión al menos una desviación estándar por debajo del CI no verbal medido con una prueba estandarizada.
- C. Ausencia de déficit neurológicos, sensoriales o somáticos, que afecten directamente la comprensión del lenguaje o de un trastorno generalizado del desarrollo (F84.-).



- D. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia:* CI no verbal inferior a 70, medido con una prueba estandarizada.

F80.3 Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner)

Se trata de un trastorno en el que el niño, habiendo progresado de un modo normal en la adquisición del lenguaje, pierde la capacidad de comprensión y de expresión del mismo, pero conserva la inteligencia general. La aparición del trastorno se acompaña de anomalías paroxísticas en el electroencefalograma, y en la mayoría de los casos, también de ataques epilépticos. El comienzo suele producirse entre los tres y los siete años, con pérdida de habilidades en días o semanas. La asociación temporal entre la aparición de los ataques y la pérdida del lenguaje suele ser variable, precediendo los unos a la otra, o viceversa, en varios meses o dos años. Como posible etiología de este trastorno se sugiere un proceso inflamatorio encefálico. Aproximadamente dos tercios de los niños quedan con un déficit más o menos grave de la comprensión del lenguaje.

Excluye: Afasia:

- Sin especificar (R47.0).
- Debida a autismo (F84.0, F84.1).
- Debida a trastorno desintegrativo de la infancia (F84.2, F84.3).

CDI-10

- A. Pérdida grave del lenguaje expresivo y receptivo, que ocurre en un período de tiempo no superior a seis meses.
- B. Desarrollo normal del lenguaje anterior a dicha pérdida.
- C. Anomalías en el electroencefalograma de tipo paroxístico en ambos lóbulos temporales, que se manifiestan desde dos años antes de la pérdida inicial del lenguaje a dos años después.
- D. Función auditiva dentro de la normalidad.
- E. El nivel de inteligencia no verbal permanece dentro de la normalidad.
- F. Ausencia de trastornos neurológicos, a excepción de las anomalías en el electroencefalograma, y la posible presencia de crisis convulsivas.
- G. El trastorno no cumple criterios para un trastorno generalizado del desarrollo (F84.-).

F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje

Balbuceo.

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

Trastorno del lenguaje sin especificar.

Esta categoría debe evitarse en lo posible y ser reservada para aquellos trastornos sin especificar en los que exista una alteración significativa en el desarrollo del lenguaje y el habla que no puede ser explicada por un retraso mental o por alteraciones neurológicas, sensoriales o somáticas que afectan directamente al habla o al lenguaje.

F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar

Son trastornos en los que desde los primeros estadios del desarrollo están deterioradas las formas normales del aprendizaje. El deterioro no es únicamente consecuencia de la falta de oportunidades para aprender, ni es la consecuencia de traumatismos o enfermedades cerebrales adquiridas.

F81.0 Trastorno específico de la lectura

La característica principal de este trastorno es un déficit específico y significativo del desarrollo de la capacidad de leer, que no se explica por el nivel intelectual, por problemas de agudeza visual o por una escolarización inadecuada. Pueden estar afectadas la capacidad de comprensión de lectura, el reconocimiento de palabras leídas, la capacidad de leer en voz alta y el rendimiento en actividades que requieren leer. A menudo se presentan dificultades de ortografía concomitantes con el trastorno específico de la lectura, que suelen persistir durante la adolescencia, aun a pesar de que se hayan conseguido progresos positivos. Los trastornos específicos de la lectura suelen estar precedidos de una historia de trastornos en el desarrollo del habla y del lenguaje. Es común su asociación con alteraciones emocionales y del comportamiento durante el período de edad escolar.

“Lectura en espejo”.

Dislexia del desarrollo.

Retraso específico de la lectura.

Excluye: Alexia sin especificar (R48).
Dislexia sin especificar (R48.0).
Dificultades en la lectura secundarias a un trastorno emocional (F93.-).

CDI-10

A. Debe estar presente uno de los siguientes:

1. Rendimientos en las pruebas de precisión o comprensión de la lectura de, por lo menos, dos desviaciones típicas por debajo del nivel espera-

ble en función de la edad cronológica del niño y su nivel de inteligencia. Tanto la capacidad para la lectura como el CI deben ser evaluados mediante una prueba individual estandarizada para la cultura y el sistema educativo del niño.

2. Antecedentes de graves dificultades para la lectura, o bien de puntuaciones bajas en las pruebas a que se refiere el criterio A, una edad más temprana y, además, una puntuación en las pruebas de ortografía por lo menos dos desviaciones típicas por debajo del nivel esperable por la edad cronológica y los conocimientos generales del niño.
- B. La alteración descrita en el criterio A interfiere significativamente con los resultados académicos y con las actividades diarias que requieren de la lectura.
- C. El trastorno no es debido directamente a un defecto visual o auditivo, o a un trastorno neurológico.
- D. La escolarización ha sido normal (p. ej., la escolarización ha sido razonablemente adecuada).
- E. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia:* C.I. por debajo de 70 en una prueba estandarizada.

Posible criterio de inclusión adicional

Para algunos propósitos de investigación, los investigadores pueden querer especificar la historia de algún grado de incapacidad en el habla, lenguaje, pronunciación, coordinación motora, procesamiento visual, atención o control o modulación de la afectividad en la edad preescolar.

Notas diagnósticas

Los criterios anteriores no incluyen algunos de los retrasos generales de la lectura de las “Descripciones Clínicas y Pautas de Diagnóstico”. Los criterios diagnósticos de investigación para el retraso general de la lectura son los mismos que para el trastorno específico de la lectura, con la excepción de que el criterio A.1 requiere rendimientos en la lectura situados por lo menos dos desviaciones típicas de predicción por debajo del nivel esperable teniendo en cuenta la edad cronológica (es decir, sin tener en cuenta el CI) y el criterio A.2 se registraría por el mismo principio en lo referente a la ortografía. La validez de la separación entre estos dos tipos de problemas de lectura no es inequívoca, pero parece que el tipo específico presenta una asociación estrecha con el retraso en el lenguaje y predomina en varones (mientras que el retraso general de la lectura se asocia a un abanico mayor de discapacidades en el desarrollo).

Existen otras diferencias en el ámbito de investigación basadas en el análisis de los tipos de faltas ortográficas.

F81.1 Trastorno específico de la ortografía

Se trata de un trastorno cuya característica principal es un déficit específico y significativo del dominio de la ortografía en ausencia de antecedentes de un trastorno específico de la lectura, y que no es explicable por un nivel intelectual bajo, por

problemas de agudeza visual o por una escolarización inadecuada. Están afectadas tanto la capacidad para deletrear como la capacidad de escribir correctamente.

Retraso específico de la ortografía (sin trastorno de la lectura).

Excluye: Agrafía sin especificar (R48.8).

Dificultades de ortografía asociadas con un trastorno de la lectura (F81.0).

Dificultades de ortografía debidas a una enseñanza inadecuada (Z55.8).

CDI-10

- A. Una puntuación obtenida mediante una prueba estandarizada de ortografía que está por lo menos dos desviaciones típicas por debajo del nivel esperable, de acuerdo con la edad cronológica del niño y su nivel de inteligencia.
- B. Rendimientos en la precisión de la lectura, comprensión y cálculo dentro de límites normales (± 2 desviaciones típicas con respecto a la media).
- C. No hay historia de dificultades significativas en la lectura.
- D. La escolarización está dentro de límites normales (es decir, la escolarización ha sido razonablemente adecuada).
- E. Las dificultades ortográficas aparecen desde los estadios precoces del aprendizaje de la ortografía.
- F. La alteración descrita en el criterio A interfiere significativamente con los resultados académicos y las actividades diarias que requieren el uso de la ortografía.
- G. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia:* CI por debajo de 70 en una prueba estandarizada.

F81.2 Trastorno específico del cálculo

Se trata de un trastorno caracterizado por una alteración específica de la capacidad de aprendizaje de la aritmética, no explicable por un retraso mental generalizado o por una escolarización inadecuada. El trastorno afecta al aprendizaje de los conocimientos aritméticos básicos de adición, sustracción, multiplicación y división, más que a los conocimientos matemáticos más abstractos del álgebra, trigonometría o geometría.

Acalculia del desarrollo.

Trastorno del aprendizaje de la aritmética.

Síndrome de Gerstmann.

Excluye: Acalculia sin especificar (R48.8).

Dificultades aritméticas asociadas a trastornos de la lectura u ortografía (F81.3).

Dificultades aritméticas debidas a una enseñanza inadecuada (Z55.8).

CDI-10

- A. Una puntuación obtenida mediante una prueba estandarizada de cálculo que está, por lo menos, dos desviaciones típicas por debajo del nivel esperable de acuerdo con la edad cronológica del niño y su nivel de inteligencia.
- B. Unos rendimientos en precisión de la lectura, comprensión y cálculo dentro de límites normales (± 2 desviaciones típicas respecto a la media).
- C. No existen antecedentes de problemas ortográficos o de lectura significativos.
- D. La escolarización ha sido normal (es decir, la escolarización ha sido razonablemente adecuada).
- E. Las dificultades para el cálculo están presentes desde los estadios precoces del aprendizaje.
- F. La alteración descrita en el criterio A interfiere significativamente con los resultados académicos y con las actividades diarias que requieren el uso del cálculo.
- G. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia:* CI por debajo de 70 en una prueba estandarizada.

F81.3 Trastorno mixto del aprendizaje escolar

Se trata de una categoría residual de trastornos en la que tanto la capacidad de cálculo como la lectura y la ortografía están significativamente alterados, pero en las que el trastorno no puede explicarse solamente en términos de un retraso mental generalizado o una escolarización inadecuada. Debe emplearse para trastornos que cumplan los criterios de F81.2, F81.0 o F81.1.

Excluye: Trastorno específico del cálculo (F81.2).
Trastorno específico de la ortografía (F81.1).
Trastorno específico de la lectura (F81.0).

F81.8 Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar

Trastorno del desarrollo de la expresión escrita.

F81.9 Trastorno del desarrollo del aprendizaje no especificado

Dificultades del aprendizaje sin especificación.
Alteración del aprendizaje sin especificación.
Trastorno del aprendizaje sin especificación.

Esta categoría diagnóstica debe ser evitada en lo posible y ser usada únicamente para trastornos sin especificar, en los cuales hay una acusada dificultad del aprendizaje que no puede atribuirse a retraso mental, problema de agudeza visual o a una escolaridad inadecuada.

F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor

Se trata de un trastorno cuya característica principal es un retraso del desarrollo de la coordinación de los movimientos, que no puede explicarse por un retraso intelectual general o por un trastorno neurológico específico, congénito o adquirido. No obstante, en la mayoría de los casos un cuidadoso examen clínico muestra marcadas anormalidades en el desarrollo neuronal, como movimientos coreicos de las extremidades o movimientos en espejo y otras alteraciones motoras, así como alteraciones finas y groseras de la coordinación motora.

Síndrome del niño torpe.

Trastorno del desarrollo de la coordinación.

Dispraxia del desarrollo.

Excluye: Alteraciones de la marcha y de la movilidad (R26.-).
Incoordinación (R27.-) secundaria a retraso mental (F70-79).

CDI-10

- A. Un rendimiento obtenido mediante una prueba estandarizada de coordinación de movimientos (tanto finos como groseros) que se halla por lo menos dos desviaciones típicas por debajo del nivel esperable para la edad cronológica del niño.
- B. La alteración descrita en el criterio A interfiere significativamente en el rendimiento escolar y la actividad diaria.
- C. No hay ningún trastorno neurológico diagnosticable.
- D. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia:* CI por debajo de 70 en una prueba estandarizada.

F83 Trastornos específicos del desarrollo mixtos

Se trata de una categoría residual que incluye trastornos en los que existe una mezcla de trastorno del desarrollo del lenguaje y el habla, del aprendizaje escolar y del desarrollo psicomotor en el que ninguno de ellos es predominante. Esta categoría mixta sólo debe usarse cuando haya un grado significativo de solapamiento entre los trastornos específicos del desarrollo. Los trastornos se asocian, generalmente aunque no siempre, con algún grado de alteración general de las funciones

cognitivas. Por tanto, deberá utilizarse cuando existan disfunciones que cumplan los criterios para dos o más trastornos de F80.-, F81.- y F82.

F84 Trastornos generalizados del desarrollo

Se trata de un grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas de la interacción social, de las formas de comunicación y por un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades. Estas anomalías cualitativas son una característica generalizada del comportamiento del individuo en todas las situaciones.

Se puede utilizar, si se desea, un código adicional para identificar cualquier enfermedad médica o retraso mental asociados.

F84.0 Autismo infantil

Se trata de un trastorno generalizado del desarrollo definido por: a) presencia de un desarrollo alterado o anormal que se manifiesta antes de los tres años, y b) por un tipo de funcionamiento anormal en las tres áreas de la psicopatología: interacción social, comunicación y comportamiento restringido, repetitivo y estereotipado. Además de estas características clínicas específicas, son comunes una variedad de problemas no específicos, tales como fobias, alteraciones del sueño y de la alimentación, rabietas y autoagresiones.

Trastorno autístico.
Autismo infantil.
Psicosis infantil.
Síndrome de Kanner.

Excluye: Psicopatía autística (F84.5).

CDI-10

- A. Presencia de un desarrollo anormal o alterado desde antes de los tres años de edad, que se presenta en una de las siguientes áreas:
 1. Lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social.
 2. Desarrollo de lazos sociales selectivos o interacción social recíproca.
 3. Juego simbólico y funcional.
- B. Deben estar presentes al menos seis síntomas de 1, 2 y 3, incluyendo al menos dos de 1, uno de 2 y otro de 3:
 1. Alteraciones cualitativas en la interacción social que se manifiestan al menos en dos de las siguientes áreas:
 - a) Fracaso en la utilización adecuada del contacto visual, la expresión facial, la postura corporal y los gestos para regular la interacción social.

- b) Fracaso en el desarrollo (adecuado a la edad mental y a pesar de tener ocasiones para ello) de relaciones con personas de su edad que impliquen compartir intereses, actividades y emociones.
 - c) Ausencia de reciprocidad socioemocional, puesta de manifiesto por una respuesta alterada o anormal hacia las emociones de otras personas, o falta de modulación del comportamiento en respuesta al contexto social o débil integración de los comportamientos social, emocional y comunicativo.
 - d) Falta de interés en compartir las alegrías, los intereses o los logros con otros individuos (p. ej., falta de interés en mostrar, traer hacia sí o señalar a otras personas objetos de interés para el niño).
 - 2. Alteraciones cualitativas en la comunicación que se manifiestan en al menos una de las siguientes áreas:
 - a) Retraso o ausencia del desarrollo del lenguaje hablado, aunque no se acompaña de intentos de compensación mediante el recurso de la utilización de gestos alternativos para comunicarse (a menudo precedido por la falta de balbuceo comunicativo).
 - b) Fracaso relativo para iniciar o mantener una conversación (cualquiera que sea el nivel de competencia en la utilización del lenguaje alcanzado), en la que es necesario el intercambio de respuestas con el interlocutor.
 - c) Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso idiosincrásico de palabras o frases.
 - d) Ausencia de juegos de simulación espontáneos (en edades tempranas) o de juego social imitativo.
 - 3. Patrones de comportamientos, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, que se manifiestan en al menos una de las siguientes áreas:
 - a) Preocupación limitada a uno o más comportamientos estereotipados que son anormales en su contenido. En ocasiones, el comportamiento no es anormal en sí, pero sí lo es la intensidad y el carácter restrictivo con que se produce.
 - b) Existe, en apariencia, una adherencia a rutinas o rituales específicos y carentes de sentido.
 - c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos que pueden consistir en palmadas o retorcimientos de las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo.
 - d) Preocupaciones por partes de objetos o por elementos carentes de funcionalidad de los objetos de juego (tales como el olor, la textura de su superficie, el ruido o la vibración que producen)
- C. El cuadro clínico no puede atribuirse a otras variedades del trastorno generalizado del desarrollo, a un trastorno específico del desarrollo de la comprensión del lenguaje (F80.2) con problemas socioemocionales secundarios, a trastorno reactivo de la vinculación de la infancia (F94.1), a trastorno de la vinculación de la infancia tipo desinhibido (F94.2), a retraso mental (F70-72) acompañado de trastornos de las emociones y del comportamiento, a esquizofrenia (F20) de comienzo excepcionalmente precoz, ni a síndrome de Rett (F84.2).

F84.1 Autismo atípico

Se trata de un trastorno generalizado del desarrollo que se diferencia del autismo infantil en la edad de inicio o en que no se cumplen los criterios requeridos para el diagnóstico de autismo. Esta subcategoría debería utilizarse cuando el desarrollo anormal o alterado se presenta después de los tres años, y no hay alteraciones demostrables en una o dos de las áreas psicopatológicas requeridas para el diagnóstico de autismo (la interacción social, la comunicación y el comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo), a pesar de que existen alteraciones en otras áreas. El autismo atípico suele desarrollarse con mayor frecuencia en individuos con un retraso profundo y en individuos con trastornos específicos del desarrollo de la comprensión del lenguaje graves.

Psicosis infantil atípica.

Retraso mental con rasgos autísticos.

Se puede utilizar, si se desea, un código adicional (F70-79) para identificar el retraso mental.

CDI-10

- A. Desarrollo anormal o alterado que se hace evidente después de los tres años de edad (el criterio es como el del autismo, a excepción de la edad de comienzo).
- B. Existen alteraciones cualitativas en la interacción social o en la comunicación, o patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, estereotipadas y repetitivas (el criterio es como para el autismo, a excepción de que no es necesario satisfacer los criterios para el número de áreas de anormalidad).
- C. El trastorno no cumple los criterios para el diagnóstico de autismo (F84.0). El autismo puede ser atípico en la edad de comienzo (F84.0) o en los síntomas (F84.11). Para propósitos investigadores los dos tipos se diferencian por un quinto criterio. Los síndromes que son atípicos en las dos características deben ser codificados como F84.12.

F84.10	Atipicidad en la edad de comienzo
--------	-----------------------------------

CDI-10

- A. No se cumple el criterio A del autismo (F84.0). Es decir, la anomalía o alteración del desarrollo sólo es evidente después de los tres años.
- B. Se cumplen los criterios B y C del autismo (F84.0).

F84.11 Atipicidad sintomática

CDI-10

- A. El trastorno no cumple el criterio A para el autismo (F84.0). Es decir, la anomalía o alteración del desarrollo sólo es evidente después de los tres años.
- B. Existen alteraciones cualitativas en la interacción social o en la comunicación, o patrones de comportamiento, intereses y actividades repetitivas, restringidas y estereotipadas (el criterio es como para el autismo, a excepción de que no es necesario que cumpla los criterios para el número de áreas psicopatológicas).
- C. El trastorno cumple el criterio C del autismo (F84.0).
- D. El trastorno no cumple enteramente el criterio B del autismo (F84.0).

F84.2 Síndrome de Rett

Se trata de una condición, descrita solamente en niñas, en la cual hay un desarrollo aparentemente normal, seguido de una pérdida parcial o total del habla y de las capacidades manuales adquiridas, junto con retraso en el crecimiento de la cabeza, que se inicia entre los siete y veinticuatro meses de vida. La pérdida de los movimientos intencionales de las manos, estereotipias consistentes en retorcerse las manos y la hiperventilación, son características. El desarrollo social y lúdico se detiene, pero el interés social suele mantenerse. La ataxia del tronco y la apraxia suelen iniciarse a los cuatro años, seguidos frecuentemente por movimientos coreoatéticos. La consecuencia es casi invariablemente del retraso mental grave.

CDI-10

- A. Existe, aparentemente, normalidad en los períodos prenatal y perinatal, en el desarrollo en los cinco primeros meses de vida y en el perímetro cefálico en el momento del parto.
- B. Disminución del crecimiento cefálico entre los cinco meses y los cuatro años, así como pérdida de las habilidades manuales adquiridas entre los cinco y treinta meses de edad, lo cual va asociado a alteraciones en la comunicación y en las relaciones sociales, y aparición de marcha inestable y pobremente coordinada y/o movimientos del tronco.
- C. Existe una grave alteración del lenguaje expresivo y receptivo, junto a retraso psicomotor grave.
- D. Movimientos estereotipados de las manos (tales como retorcerse las o hacer movimientos de lavado) que aparecen al tiempo o son posteriores a la pérdida de los movimientos intencionales.

F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia

Es un tipo de trastorno generalizado del desarrollo que se caracteriza por un período de desarrollo normal antes del inicio del trastorno, el cual se sigue de pérdida de las capacidades previamente adquiridas en varias áreas del desarrollo. Todo ello se desarrolla en varios meses. Se acompaña de forma característica por pérdida de interés por el entorno, manierismos motores estereotipados y repetitivos, y por anomalías en la interacción social y la comunicación, similares a las de los autistas. En algunos casos el trastorno puede estar asociado a encefalopatía, aunque el diagnóstico ha de basarse en las alteraciones comportamentales.

Demencia infantil.

Psicosis desintegrativa.

Síndrome de Heller.

Psicosis simbiótica.

Se puede utilizar, si se desea, un código adicional si se asocian enfermedades neurológicas.

Excluye: Síndrome de Rett (F84.2).

CDI-10

- A. Desarrollo aparentemente normal hasta al menos los dos años de edad. Se requiere para el diagnóstico la presencia de una capacidad normal para la comunicación, para las relaciones sociales y el juego, y para los comportamientos adaptativos hasta al menos los dos años de edad.
- B. Al comenzar el trastorno se produce una clara pérdida de capacidades previamente adquiridas. Se requiere para el diagnóstico una pérdida clínicamente significativa de capacidades (y no sólo un fracaso puntual en ciertas situaciones) en al menos dos de las siguientes áreas:
 1. Lenguaje expresivo o receptivo.
 2. Juego.
 3. Habilidades sociales y comportamiento adaptativo.
 4. Control de esfínteres.
 5. Capacidades motoras.
- C. Comportamiento social cualitativamente anormal que se manifiesta en al menos dos de la siguientes áreas:
 1. Alteraciones cualitativas en la interacción social (como las descritas para el autismo).
 2. Alteraciones cualitativas de la comunicación (como las descritas para el autismo).
 3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades repetitivas, restringidas y estereotipadas, incluyendo estereotipias motoras y manierismos.
 4. Pérdida global de interés por los objetos y por el entorno.
- D. El trastorno no se puede atribuir a otras variedades de trastornos generalizados del desarrollo, a afasia adquirida con epilepsia (F80.6), mutismo selectivo (F94.0), síndrome de Rett (F84.2) o esquizofrenia (F20.-).

F84.4 Trastorno hiperkinético asociado a retraso mental y movimientos estereotipados

Se trata de una categoría de dudosa validez nosológica. La categoría se ha diseñado para incluir a niños con retraso mental (CI menor de 50), que presentaban problemas importantes de hiperactividad y déficit de atención, así como un comportamiento estereotipado. No suelen beneficiarse del tratamiento con estimulantes (al contrario de aquellos con un CI normal), al cual pueden responder con reacciones disfóricas intensas (en ocasiones, con inhibición psicomotriz). En la adolescencia la hiperactividad tiende a ser reemplazada por una hipoactividad (un patrón que no es frecuente en los niños hiperkinéticos con inteligencia normal). Este síndrome suele acompañarse de tipos variados de retraso del desarrollo, ya sean específicos o generalizados. No es bien conocido hasta qué punto esta forma de comportamiento está en función del bajo CI o de un daño cerebral orgánico.

CDI-10

- A. Hiperactividad motora severa que se manifiesta por al menos dos de los siguientes problemas de la actividad y la atención:
 1. Inquietud motora continua, manifestada por carreras, saltos y otros movimientos que implican todo el cuerpo.
 2. Dificultad marcada para permanecer sentado: tan sólo está sentado unos segundos por lo general, a no ser que esté realizando una actividad estereotipada (ver criterio B)
 3. Actividad claramente excesiva en situaciones en las que se espera una cierta quietud.
 4. Cambios de actividad muy rápidos, de tal forma que las actividades generales duran menos de un minuto (períodos ocasionales más duraderos empleados en actividades fuertemente reforzadas no excluyen el diagnóstico, y períodos muy largos de actividades estereotipadas pueden ser compatibles con la presencia de este criterio).
- B. Los patrones de comportamiento y actividad repetitivos y estereotipados se manifiestan por, al menos, uno de los siguientes:
 1. Manierismos motores fijos y frecuentemente repetidos. Éstos pueden comprender movimientos complejos de todo el cuerpo o movimientos parciales como el palmoteo de manos.
 2. Repetición de actividades no encaminadas hacia ningún fin. Puede incluir juegos con objetos (p. ej., con el agua corriente) o actividades rituales (en solitario o con otra gente).
 3. Autoagresiones repetidas.
- C. CI menor de 50.
- D. Ausencia de alteración social de tipo autístico. El niño debe presentar al menos tres de las siguientes:
 1. Adecuado desarrollo del uso de la mirada, expresión y postura en la interacción social.
 2. Adecuado desarrollo de las relaciones con compañeros que incluyen el compartir intereses, actividades, etcétera.

3. Se aproxima a otras personas, al menos ocasionalmente, en busca de consuelo y afecto.
 4. Capacidad para compartir las alegrías de otras personas, en ocasiones. Otras formas de alteración social, como el acercamiento desinhibido a extraños, son compatibles con el diagnóstico.
- E. El trastorno no cumple criterios de autismo (F84.0 y F84.1), trastorno desintegrativo de la infancia (F84.3) o trastornos hiperkinéticos (F90.-).

F84.5 Síndrome de Asperger

Se trata de un trastorno de validez nosológica dudosa, caracterizado por el mismo tipo de déficit cualitativo de la interacción social propio del autismo, además de por la presencia de un repertorio restringido, estereotipado y repetitivo de actividades e intereses. Difiere del autismo en que no hay déficit o retrasos del lenguaje o del desarrollo cognoscitivo. Este trastorno se asocia frecuentemente a torpeza motora marcada. Existen bastantes probabilidades de que las anomalías del trastorno persistan en la adolescencia o la edad adulta. Pueden presentarse episodios psicóticos de forma ocasional al comienzo de la edad adulta.

Psicopatía autística.

Trastorno esquizoide de la infancia.

CDI-10

- A. Ausencia de retrasos clínicamente significativos del lenguaje o del desarrollo cognitivo. Para el diagnóstico se requiere que a los dos años haya sido posible la pronunciación de palabras sueltas y que al menos a los tres años el niño use frases aptas para la comunicación. Las capacidades que permiten una autonomía, el comportamiento adaptativo y la curiosidad por el entorno deben estar al nivel adecuado para un desarrollo intelectual normal. Sin embargo, los aspectos motores pueden estar de alguna forma retrasados y es frecuente una torpeza de movimientos (aunque no es necesaria para el diagnóstico). Es frecuente la presencia de capacidades especiales aisladas, a menudo en relación con preocupaciones anormales, aunque no se requieren para el diagnóstico.
- B. Alteraciones cualitativas en la interacción social (mismo criterio que para el autismo).
- C. Un interés inusualmente intenso y circunscrito o patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados (criterio igual que en el autismo. No obstante, son menos frecuentes en este cuadro los manierismos y las preocupaciones por aspectos parciales de los objetos o por partes no funcionales de los objetos de juego).
- D. El trastorno no es atribuible a otras variedades de trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia simple (F20.6), trastorno esquizotípico (F21), trastorno obsesivo compulsivo (F42.-), trastorno de personalidad anancástico (F60.5), trastorno reactivo y desinhibido de la vinculación en la infancia (F94.1 y F94.2, respectivamente).

F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

Se trata de una categoría residual que se usará para aquellos trastornos que se ajustan a la descripción general de trastornos generalizados del desarrollo, pero que no cumplen los criterios de ninguno de los apartados F84 a causa de información insuficiente o datos contradictorios.

F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico

Agnosia del desarrollo.

F89 Trastornos del desarrollo psicológico no especificados

Trastorno del desarrollo sin especificar.

F90-F98

Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

F90 Trastornos hiperclínicos

Se trata de un grupo de trastornos caracterizados por comienzo precoz (normalmente en los cinco primeros años de vida), falta de persistencia en las tareas que requieren un esfuerzo intelectual y tendencia a cambiar de una actividad a otra sin acabar ninguna, además de una actividad desorganizada, irregular y excesiva. Pueden asociarse otras anomalías varias. Los niños hiperclínicos son, a menudo, descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafío deliberado de las mismas, por falta de premeditación. Sus relaciones con los adultos suelen ser socialmente desinhibidas, con una falta de la prudencia y la reserva naturales. Son impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y el lenguaje. Las complicaciones secundarias incluyen comportamiento disocial y baja autoestima.

Excluye: Trastornos de ansiedad (F41.-).
Trastornos afectivos (F30-39).
Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-).
Esquizofrenia (F20.-).

CDI-10

El diagnóstico para investigación del trastorno hiperclínico requiere la presencia clara de déficit de atención, hiperactividad o impulsividad, que deben ser generalizados a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones, y no deben ser causados por otros trastornos como el autismo o los trastornos afectivos.

- G1. *Déficit de atención.* Por lo menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten al menos seis meses, en un grado que es maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:
1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
 2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
 3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
 4. Frecuente incapacidad para cumplir las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).
 5. Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades.
 6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como las domésticas, que requieran un esfuerzo mental sostenido.

7. A menudo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.
 8. Fácilmente distraíble por estímulos externos.
 9. Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias.
- G2. *Hiperactividad*. Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad persisten durante, al menos, seis meses, en un grado maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:
1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en el asiento.
 2. Abandona el asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
 3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en adolescentes o adultos puede manifestarse sólo por sentimientos de inquietud).
 4. Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
 5. Exhibe permanentemente un patrón de actividad motora excesiva, que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.
- G3. *Impulsividad*. Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persiste durante, al menos, seis meses, en un grado maladaptativo e inconsistente con el nivel del desarrollo del niño:
1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
 2. A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo.
 3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás (p. ej., irrumpe en las conversaciones o juegos de los otros).
 4. Con frecuencia habla en exceso, sin una respuesta adecuada a las limitaciones sociales.
- G4. El inicio del trastorno no se produce después de los siete años.
- G5. *Carácter generalizado*. Los criterios deben cumplirse para más de una situación, es decir, la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben estar presentes tanto en el hogar como en el colegio, o en el colegio y otros ambientes donde el niño puede ser observado, como pudiera ser la consulta médica (la evidencia de esta generalización requiere, por lo general, información suministrada por varias fuentes. La información de los padres acerca de la conducta en el colegio del niño no es normalmente suficiente).
- G6. Los síntomas de G1 a G3 ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.
- G7. El trastorno no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo (F84.-), episodio maníaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-) o trastornos de ansiedad (F41.-).

Nota diagnóstica

Muchos expertos reconocen también la existencia de entidades sindrómicas del trastorno hiperactivo. De los niños que cumplen criterios varios, pero que no

muestran anomalías del tipo hiperactividad/impulsividad, se dice que padecen un *déficit de atención*; por el contrario, los niños que no cumplen los criterios para las anomalías de la atención, pero que cumplen los criterios en las otras áreas, padecerían un *trastorno de la actividad*. De la misma manera, los niños que cumplen criterios diagnósticos en sólo una situación (p. ej., sólo en casa o en el colegio) pueden etiquetarse como *trastorno específico del hogar* o *trastorno específico del colegio*. Estas categorías no están incluidas todavía en la clasificación principal debido a una insuficiente validación empírica, y porque muchos niños con estos trastornos subsindrómicos muestran también otros síntomas (tales como trastorno disocial desafiante y oposicionista, F91.3) y deben por ello ser clasificados en la categoría apropiada.

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
Trastorno por hiperactividad con déficit de atención.
Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

Excluye: Trastorno hipercinético asociado a trastorno disocial (F90.1).

CDI-10

Deben cumplirse los criterios generales para trastorno hipercinético (F90), pero no los de trastornos disociales (F91.-).

F90.1 Trastorno hipercinético disocial

Trastorno hipercinético disocial asociado a alteraciones de conducta.

CDI-10

Deben cumplirse los criterios generales tanto para los trastornos hipercinéticos (F90) como para los trastornos disociales (F91.-).

F90.8 Otros trastornos hipercinéticos

F90.9 Trastorno hipercinético no especificado

Reacción hipercinética de la infancia o de la adolescencia sin especificar.
Síndrome hipercinético.

CDI-10

Se trata de una categoría residual no recomendable. Se usará únicamente cuando no sea posible diferenciar entre F90.0 y F90.1, pero se satisfaga el conjunto de pautas para F90.-.

F91 Trastornos disociales

Se trata de trastornos caracterizados por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de las normas mayores de las que serían aceptables para la edad del individuo y su entorno social. Se trata, por tanto, de desviaciones más graves que la simple "maldad" infantil o rebeldía adolescente, que implican un patrón de comportamiento duradero (seis o más meses). Los hechos del trastorno disocial pueden ser secundarios a otros trastornos psiquiátricos, en cuyo caso debe codificarse el diagnóstico del trastorno subyacente.

Los tipos de comportamiento en los que se basa el diagnóstico pueden ser los siguientes: peleas o intimidaciones excesivas, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, y desobediencia. Cualquiera de estos comportamientos, si es marcado, es suficiente para el diagnóstico, pero los actos disociales aislados no lo son.

Excluye: Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39).
 Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-).
 Esquizofrenia (F20.-).
 Asociación con:
 – Trastornos emocionales (F92.-).
 – Trastornos hipercinéticos (F90.1).

CDI-10

G1. Patrón de conducta repetitivo y persistente que conlleva la violación de los derechos básicos de los demás o de las normas sociales básicas apropiadas a la edad del paciente. La duración debe ser de al menos seis meses, durante los cuales algunos de los siguientes síntomas están presentes (véanse las subcategorías particulares para los requerimientos en cuanto al número de síntomas). Nota: los síntomas 11, 13, 15, 16, 20, 21, y 23 necesitan que se produzcan sólo una vez para que se cumpla el criterio.

El individuo presenta:

1. Rabietas excepcionalmente frecuentes y graves para la edad y el desarrollo del niño.
2. Frecuentes discusiones con los adultos.
3. Desafíos graves y frecuentes a los requerimientos y órdenes de los adultos.



4. A menudo hace cosas para molestar a otras personas de forma aparentemente deliberada.
 5. Con frecuencia culpa a otros de sus faltas o de su mala conducta.
 6. Es quisquilloso y se molesta fácilmente con los demás.
 7. A menudo está enfadado o resentido.
 8. A menudo es rencoroso y vengativo.
 9. Miente con frecuencia y rompe promesas para obtener beneficios y favores o para eludir sus obligaciones.
 10. Inicia con frecuencia peleas físicas (sin incluir peleas con sus hermanos).
 11. Ha usado alguna vez un arma que puede causar serios daños físicos a otros (p. ej., bates, ladrillos, botellas rotas, cuchillos, arma de fuego).
 12. A menudo permanece fuera de casa por la noche a pesar de la prohibición paterna (desde antes de los trece años de edad).
 13. Crueldad física con otras personas (p. ej., ata, corta o quema a sus víctimas).
 14. Crueldad física con los animales.
 15. Destrucción deliberada de la propiedad ajena (diferente a la provocación de incendios).
 16. Incendios deliberados con la intención de provocar serios daños.
 17. Robos de objetos de un valor significativo sin enfrentarse a la víctima, bien en el hogar o fuera de él (p. ej., en tiendas, casas ajenas, falsificaciones).
 18. Ausencias reiteradas al colegio, que comienzan antes de los trece años;
 19. Abandono del hogar al menos en dos ocasiones o en una ocasión durante más de una noche (a no ser que esté encaminado a evitar abusos físicos o sexuales).
 20. Cualquier episodio de delito violento o que implique enfrentamiento con la víctima (p.ej "tirones", atracos, extorsión).
 21. Forzar a otra persona a tener relaciones sexuales.
 22. Intimidaciones frecuentes a otras personas (p. ej., infligir dolor o daño deliberados, incluyendo intimidación persistente, abusos deshonestos o torturas).
 23. Allanamiento de morada o del vehículo de otros.
- G2. El trastorno no cumple criterios para trastorno disocial de personalidad (F60.2), esquizofrenia (F20.-), episodio maníaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-), trastorno generalizado del desarrollo (F84.-) o trastorno hiperactivo (F90.-) [si se cumplen los criterios para trastorno de las emociones (F93.-) el diagnóstico deberá ser de trastorno mixto disocial y de las emociones F92.-].

Se recomienda especificar la edad de comienzo:

- *De inicio en la infancia:* Al menos un síntoma disocial comienza antes de los diez años.
- *De inicio en la adolescencia:* No se presentan síntomas disociales antes de los diez años.

Especificación para posibles subdivisiones

Existen discrepancias entre los autores sobre la mejor manera de subdividir los trastornos disociales, si bien la mayoría coinciden en su heterogeneidad. Para



determinar el pronóstico, la gravedad (cuantificada por el número de síntomas) es un indicador mejor que el tipo de sintomatología. La distinción mejor validada es la de trastornos socializados y no socializados, definidos por la presencia o ausencia de amistades duraderas con los compañeros. Sin embargo, algunos trastornos limitados al ámbito del hogar pudieran constituir una subvariedad significativa, y para este propósito se ha creado una categoría. Resulta claro que es más necesaria una investigación para comprobar la validez de las subdivisiones propuestas para estos trastornos del comportamiento.

Además de estas categorizaciones, se recomienda describir los casos en términos dimensionales según las puntuaciones que ofrezcan en tres dimensiones del trastorno:

1. Hiperactividad (falta de atención, comportamiento inquieto)
2. Alteración de las emociones (ansiedad, depresión, síntomas obsesivos, hipochondría).
3. Gravedad del trastorno del comportamiento:
 - a) *Leve*: Pocos (o ninguno) síntomas disociales más de los exactamente requeridos para el diagnóstico. Los síntomas disociales ocasionan un riesgo pequeño para las demás personas.
 - b) *Moderado*: El número de síntomas disociales y los efectos que producen en los demás son intermedios entre “leves” y “graves”.
 - c) *Graves*: Muchos más síntomas disociales de los requeridos para el diagnóstico, o bien los síntomas disociales causan un daño serio a las personas, p. ej., daños físicos graves, vandalismo o robo.

F91.0 Trastorno disocial limitado al ámbito familiar

Esta categoría incluye trastornos disociales en los que el comportamiento disocial o agresivo (que va más allá de manifestaciones oposicionistas, desafiantes o subversivas) está completa o casi completamente limitado al hogar, o a las relaciones con miembros de la familia nuclear o allegados. El trastorno requiere que se satisfagan los criterios de F91.-, de tal manera que incluso relaciones entre los progenitores y el hijo gravemente alteradas no son en sí mismas suficientes para el diagnóstico.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales para el trastorno disocial (F91).
- B. Deben estar presentes tres o más síntomas de los listados en F91, criterio G1 presente, con al menos tres de los síntomas comprendidos entre 9-23.
- C. Al menos uno de los síntomas de 9-23 tiene que haber estado presente durante seis meses por lo menos.
- D. La alteración disocial se limita al medio familiar.

F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados

Trastorno caracterizado por la combinación de un comportamiento disocial o agresivo persistente (que cumple los criterios de F91 y que no son simplemente manifestaciones oposicionistas, desafiantes o subversivas) con una significativa y profunda dificultad para las relaciones personales con otros chicos.

Trastorno agresivo no socializado.
Trastorno disocial solitario de tipo agresivo.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales para el trastorno disocial (F91).
- B. Tres o más de los síntomas de F91, presencia de criterio G1 con al menos tres de los síntomas de 9-23.
- C. Al menos uno de los síntomas de 9-23 deben estar presentes durante seis meses como mínimo.
- D. Clara pobreza de las relaciones con compañeros, reflejada por el aislamiento, rechazo o impopularidad y carencia de amigos íntimos duraderos.

F91.2 Trastorno disocial en niños socializados

Trastorno que incluye formas de comportamiento disocial y agresivo (que cumple los criterios de F91 y no son simplemente manifestaciones oposicionistas, desafiantes o subversivas) que se presenta en individuos por lo general bien integrados en su grupo de compañeros.

Trastorno disocial "en pandilla".
Delincuencia en grupo.
Delitos formando parte de una banda.
Robos en compañía.
Ausencias escolares.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales para el trastorno disocial (F91).
- B. Deben estar presentes tres o más síntomas de los listados en F91, presencia del criterio G1 con al menos tres de los síntomas 9-23.
- C. Al menos uno de los síntomas 9-23 tienen que haber estado presentes durante seis meses como mínimo.
- D. Los trastornos de conducta incluyen el ámbito extrafamiliar.
- E. Relaciones con compañeros dentro de límites normales.

F91.3 Trastorno disocial desafiante y oposicionista

Es un tipo de trastorno disocial que normalmente se da en niños jóvenes, y se caracteriza por una conducta marcadamente desafiante y desobediente, y por un comportamiento disruptivo en el que no se dan actos de delincuencia o las formas más agresivas del trastorno disocial. El trastorno requiere que se cumplan todos los criterios del trastorno disocial F91.0. Un comportamiento malicioso o travieso grave no es en sí mismo suficiente para el diagnóstico. Se debe utilizar esta categoría con cautela, sobre todo con los niños de mayor edad, debido a que el trastorno disocial clínicamente significativo suele acompañarse de un comportamiento disocial o agresivo que va más allá del desafío, la desobediencia o la subversión.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales para el trastorno disocial (F91).
- B. Deben estar presentes cuatro o más síntomas del criterio G1 de F91, aunque no pueden estar presentes más de dos síntomas de los ítem 9-23.
- C. Los síntomas del criterio B deben ser maladaptativos o inadecuados para el nivel de desarrollo del niño.
- D. Al menos cuatro de los síntomas deben estar presentes durante seis meses como mínimo.

F91.8 Otros trastornos disociales**F91.9 Trastorno disocial no especificado**

Trastorno de comportamiento de la infancia sin especificar
Trastorno disocial de la infancia sin especificar

CDI-10

No se recomienda utilizar esta categoría residual. Debería usarse tan sólo para aquellos trastornos que satisfagan los criterios generales de F91 sin haber sido especificados como subtipos o sin satisfacer criterios de ninguno de los subtipos especificados.

F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos

Se trata de un grupo de trastornos caracterizados por la combinación de un comportamiento agresivo, disocial o retador con manifestaciones claras y marcadas de depresión, ansiedad u otras alteraciones emocionales. Han de cumplirse conjuntamente los criterios para el trastorno disocial de la infancia (F91.-) y para los trastornos emocionales de la infancia (F93.-), trastorno neurótico del adulto (F40-F49) o trastorno afectivo (F30-F39).

F92.0 Trastorno disocial depresivo

Esta categoría requiere la combinación de rasgos de trastorno disocial de la infancia (F91.-) y de depresión persistente y marcada del estado de ánimo (F32.-), puesta de manifiesto por síntomas tales como sentimientos excesivos de infelicidad, pérdida de interés y placer por las actividades habituales, autorreproches y desesperanza. También pueden estar presentes trastornos del sueño y del apetito.

Trastorno disocial (F91.-) asociado a trastorno depresivo (F32.-).

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos disociales (F91).
- B. Deben cumplirse los criterios de al menos uno de los trastornos afectivos (F30-F39).

F92.8 Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos

Esta categoría requiere la combinación de trastorno disocial de la infancia (F91) con síntomas emocionales persistentes y marcados, tales como ansiedad, obsesiones o compulsiones, despersonalización o desrealización, fobias o hipocondría.

Trastorno disocial (F91) asociado a trastorno emocional (F93.-).

Trastorno disocial (F91) asociado a trastorno neurótico (F40-F48).

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales para los trastornos disociales (F91).
- B. Deben cumplirse los criterios de uno de los trastornos neuróticos, somatomorfos o relacionados con el estrés (F40-F48), o de los trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia (F93.-).

F92,9 Trastorno disocial y de las emociones mixto, no especificado

F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia

Se refieren más a exacerbaciones de rasgos normales del desarrollo que a fenómenos cualitativamente anormales en sí mismos. La adecuación al período evolutivo es el aspecto clave para marcar la diferencia entre los trastornos de las emociones de comienzo en la infancia y los trastornos neuróticos (F40-F48).

Excluye: Trastorno disocial y de las emociones (F92).

Nota diagnóstica

El trastorno de ansiedad fóbica en la infancia (F93.1) y el trastorno de hipersensibilidad social de la infancia se asemejan claramente a alguno de los trastornos de F40-F48, pero la evidencia y la opinión actuales sugieren que los trastornos de ansiedad se presentan de modo diferente en los niños y que, por tanto, es adecuado desarrollar categorías adicionales para éstos. En posteriores estudios debe clarificarse si es posible encontrar descripciones y definiciones que puedan ser usadas satisfactoriamente para adultos y niños al mismo tiempo, o si es preferible mantener la distinción entre ambos grupos.

F93.0 Trastornos de ansiedad de separación en la infancia

Debe diagnosticarse cuando el temor a la separación constituye el foco ansioso y cuando tal ansiedad aparece por primera vez en los primeros años de la infancia. Se diferencia de la ansiedad de separación normal cuando su grado (gravedad) es estadísticamente anormal (incluyendo su persistencia más allá de la edad habitual), y cuando va asociado a problemas significativos del funcionamiento social.

Excluye: Trastornos afectivos (F30-F39).
 Trastornos neuróticos (F40-F48).
 Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia (F93.1).
 Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia (F93.2).

CDI-10

A. Deben estar presentes al menos tres de los siguientes:

1. Preocupación injustificada y persistente por los posibles daños que pudieran acaecer a personas significativas, temor a su pérdida (p. ej., miedo a que no vuelvan o a no verlas de nuevo) o miedo a la muerte de las mismas.



2. Preocupación injustificada y persistente a que un acontecimiento fatal le separe de una persona significativa (p. ej., perderse, ser secuestrado, hospitalizado o asesinado).
 3. Desagrado o rechazo persistentes a ir al colegio por temor a la separación (más que por otras razones, como temor a que algo pudiera ocurrir en el colegio).
 4. Dificultad para separarse por la noche, manifestado por cualquiera de los siguientes:
 - a) Desagrado o rechazo persistentes a irse a la cama sin la cercanía de una persona significativa.
 - b) Levantarse frecuentemente durante la noche para comprobar o para dormir cerca de la persona significativa.
 - c) Desagrado o rechazo persistentes a dormir fuera de casa.
 5. Temor inadecuado y persistente a estar solo o sin la persona significativa en casa durante el día.
 6. Pesadillas reiteradas sobre temas relacionados con la separación.
 7. Síntomas somáticos reiterados (como náuseas, dolor abdominal, cefalea o vómitos) en situaciones que implican la separación de la persona significativa, tales como dejar la casa para ir al colegio u otras (vacaciones, campamentos, etc.).
 8. Malestar excesivo y recurrente antes, durante o inmediatamente después de la separación de una figura significativa (manifestado por ansiedad, llanto, rabietas, rechazo persistente a salir de casa, necesidad excesiva de hablar con las figuras significativas o deseo de que vuelvan a casa, tristeza, apatía o aislamiento social).
- B. No se cumplen los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada de la infancia (F93.80).
- C. Inicio antes de los seis años.
- D. El trastorno no forma parte de un trastorno de las emociones, del comportamiento o de la personalidad, o de un trastorno generalizado del desarrollo, un trastorno psicótico o un trastorno por abuso de sustancias psicotropas.
- E. La duración del trastorno es de al menos cuatro semanas.

F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia

Se trata de temores de la infancia que se presentan en períodos evolutivos específicos y en un grado anormal (en menor grado pueden darse en la mayoría de los niños). Otros temores que se presentan en la infancia, pero que no forman parte de un desarrollo psicosocial normal (por ejemplo, la agorafobia), deben ser codificados en las categorías F40-F48.

Excluye: Trastorno por ansiedad generalizada (F41.1).

CDI-10

- A. El individuo manifiesta un temor persistente o recurrente (fobia), adecuado a la fase del desarrollo en que se presenta (o lo era en el momento de la aparición), pero de intensidad anormal y asociado a incapacidad social importante.
- B. No se cumplen los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada (F93.80).
- C. El trastorno no forma parte de una alteración de las emociones, conducta o personalidad más amplia, ni de un trastorno generalizado del desarrollo, un trastorno psicótico o un trastorno por abuso de sustancias psicotropas.
- D. Duración mínima de cuatro semanas.

F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social en la infancia

Este trastorno se manifiesta por recelo hacia los extraños, aprensión social o ansiedad en situaciones nuevas, extrañas o socialmente amenazantes. Esta categoría sólo debe ser utilizada cuando dichos temores comienzan en los primeros años de la infancia, son cuantitativamente anormales y se acompañan de problemas en el funcionamiento social.

Trastorno evitativo de la infancia o la adolescencia.

CDI-10

- A. Ansiedad persistente en situaciones sociales en las que el niño se expone a personas no familiares (incluidos compañeros), que se manifiesta por conductas de evitación social.
- B. El niño presenta autoconciencia, vergüenza y excesiva preocupación acerca de la adecuación de su conducta en la interacción con figuras no familiares.
- C. Interferencia significativa con las relaciones sociales (también con los compañeros), las cuales se restringen. Cuando experimenta situaciones sociales nuevas o forzadas presenta malestar importante e incomodidad, que se manifiesta por llanto, ausencia de lenguaje espontáneo y huida de la situación.
- D. El niño tiene relaciones sociales familiares satisfactorias (miembros de la familia o compañeros a los que conoce bien).
- E. El comienzo del trastorno coincide con una fase del desarrollo en la que estas reacciones de ansiedad son consideradas apropiadas. El grado anormal, la persistencia en el tiempo y la incapacidad asociada deben manifestarse antes de los seis años de edad.



- F. No se cumplen criterios para el trastorno de ansiedad generalizada de la infancia (F93.80).
- G. No forma parte de alteraciones más amplias de las emociones, la conducta o la personalidad, ni de un trastorno generalizado del desarrollo, un trastorno psicótico o un trastorno por abuso de sustancias psicotropas.
- H. La duración mínima del trastorno es de cuatro semanas.

F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos

La mayoría de los niños pequeños presentan algún grado de alteración emocional tras el nacimiento de un hermano que le sigue. El trastorno de rivalidad entre hermanos debe diagnosticarse sólo si el grado de persistencia del trastorno es estadísticamente inusual y se asocia a anomalías en la interacción social.

Celos entre hermanos.

CDI-10

- A. El niño tiene sentimientos negativos anormalmente intensos hacia su hermano inmediatamente menor.
- B. El trastorno emocional se manifiesta por comportamientos regresivos, rabietas, disforia, trastornos del sueño, conductas oposicionistas o de búsqueda de atención con uno de los padres (deben estar presentes dos o más de estos síntomas).
- C. Comienzo en los primeros seis meses desde el nacimiento del hermano inmediatamente menor.
- D. La duración del trastorno es de al menos cuatro semanas.

F93.8 Otros trastornos emocionales de la infancia

Trastorno de la identidad.
Trastorno de ansiedad.

Excluye: Trastorno de la identidad sexual de la infancia (F64.2).

F93.80 Trastorno de ansiedad generalizada de la infancia

Nota diagnóstica

En niños y adolescentes la variedad de síntomas con que se manifiesta la ansiedad generalizada es menor que en los adultos (ver F41.1), y los síntomas

específicos de activación autonómica son menos prominentes. Para estos individuos se pueden utilizar los siguientes criterios alternativos:

CDI-10

- A. Ansiedad marcada y preocupaciones (ansiedad anticipatoria) que ocurren al menos la mitad de los días de un período de seis meses como mínimo. La ansiedad y las preocupaciones deben estar referidas, al menos, a varios acontecimientos o actividades (como el trabajo o la escuela).
- B. El niño encuentra difícil controlar las preocupaciones.
- C. La ansiedad y las preocupaciones se asocian a tres de los siguientes síntomas como mínimo (dos de los síntomas presentes, al menos, la mitad del tiempo):
 - 1. Inquietud y sentimientos de estar “al límite” (manifestados por tensión mental o incapacidad para relajarse).
 - 2. Sensación de cansancio y agotamiento a causa de la preocupación o la ansiedad.
 - 3. Dificultad para concentrarse o sensación de bloqueo mental;
 - 4. Irritabilidad.
 - 5. Tensión muscular.
 - 6. Alteraciones del sueño (insomnio de conciliación o de mantenimiento, o sueño no reparador) debidas a la preocupación o ansiedad.
- D. La ansiedad y las preocupaciones abarcan al menos dos situaciones, actividades, contextos o circunstancias. La ansiedad es generalizada y no se presenta como episodios paroxísticos (como en el caso del trastorno por angustia), ni las principales preocupaciones están circunscritas a un solo tema principal (como en la ansiedad de separación o en el trastorno fóbico de la infancia). (Cuando se identifica una ansiedad focalizada en el contexto amplio de una ansiedad generalizada, se da preferencia a esta última.)
- E. Inicio en la infancia o adolescencia (antes de los 18 años).
- F. La ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan un malestar clínicamente significativo o una alteración de la vida social, laboral o de otras áreas vitales importantes.
- G. El trastorno no es debido a los efectos directos de alguna sustancia (p. ej., sustancias psicotropas, medicaciones) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo), y no ocurre exclusivamente asociado a trastornos del humor, trastornos psicóticos o trastornos generalizados del desarrollo.

F93.9 Trastorno emocional de la infancia no especificado

F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

Se trata de un grupo heterogéneo de alteraciones que tienen en común la presencia de anomalías del comportamiento social que comienzan durante el período de desarrollo, pero que (a diferencia de los trastornos generalizados del desarrollo) no se caracterizan primariamente por una incapacidad o déficit del comportamiento social aparentemente constitucionales, ni están generalizados a todas las áreas del comportamiento. En muchos casos las distorsiones o privaciones ambientales graves pueden jugar un papel crucial en la etiología.

F94.0 Mutismo selectivo

Se trata de un trastorno caracterizado por una notable selectividad de origen emocional en el modo de hablar, de tal forma que el niño demuestra su capacidad lingüística en algunas circunstancias, pero deja de hablar en otras circunstancias definidas. El trastorno se asocia normalmente a rasgos de personalidad que incluyen ansiedad social, aislamiento, hipersensibilidad o negativismo.

Mutismo electivo.

Excluye: Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-).
Esquizofrenia (F20.-).
Trastornos específicos del desarrollo del habla y el lenguaje (F80.-).
Mutismo transitorio como parte de la ansiedad de separación en la primera infancia (F93.0).

CDI-10

- A. La expresión y comprensión lingüísticas, medidas por test individuales estandarizados, están dentro de dos desviaciones típicas para la edad del niño.
- B. Existe evidencia demostrable de un fracaso constante para hablar en algunas situaciones sociales en las que se espera que el niño hable (p. ej., en el colegio), y capacidad para hablar en otras.
- C. La duración del trastorno es mayor de cuatro semanas.
- D. No existe un trastorno generalizado del desarrollo (F84.-).
- E. El trastorno no puede ser explicado por el desconocimiento del lenguaje hablado requerido para la situación social en la que hay un fracaso para hablar.

F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo

Es un trastorno que comienza en los primeros cinco años de vida y se caracteriza por anomalías persistentes en las formas de relación social del niño, acompañadas

de alteraciones emocionales que son reactivas a cambios en las circunstancias ambientales (p. ej., miedo e hipervigilancia, pobre interacción con los compañeros, autoagresiones y heteroagresiones, tristeza y retraso del crecimiento en ocasiones). El síndrome se presenta probablemente como consecuencia directa de una carencia parental, abusos o malos tratos graves.

Si se desea, se puede utilizar un código adicional para identificar el retraso del crecimiento y desarrollo.

Excluye: Síndrome de Asperger (F84.5).
 Trastorno de la vinculación de la infancia desinhibido (F94.2).
 Síndromes de malos tratos (T74.-).
 Variación normal de los modos de vinculación selectiva.
 Abuso físico o sexual en la infancia con resultado de problemas psicosociales (Z61.4-Z61.6).

CDI-10

- A. Inicio antes de los cinco años.
- B. El niño muestra actitudes sociales fuertemente contradictorias o ambivalentes en muy diversas situaciones (aunque puedan ser variables de unas relaciones a otras).
- C. Trastorno emocional manifestado por falta de repuesta emocional, reacciones de aislamiento, repuestas agresivas al malestar propio y de los demás y/o hipervigilancia temerosa.
- D. Cierta capacidad para la relación social, que se pone de manifiesto en la interacción con adultos normales.
- E. No se cumplen los criterios para los trastornos generalizados del desarrollo (F84.-).

F94.2 Trastorno de la vinculación de la infancia desinhibido

Se trata de una forma de comportamiento social anormal que hace su aparición durante los primeros cinco años de vida y que tiende a persistir a pesar de los cambios en las circunstancias ambientales, como, por ejemplo, comportamiento disperso de vinculación no selectiva, búsqueda de atención y comportamiento cariñoso indiscriminado, y relación pobremente modulada con los compañeros. Dependiendo de las circunstancias pueden asociarse alteraciones emocionales o del comportamiento.

Psicopatía por carencia afectiva.
 Síndrome institucional.

Excluye: Síndrome de Asperger (F84.5).
 Hospitalismo en niños (F43.2).
 Trastornos hiperkinéticos (F90.-).
 Trastorno de la vinculación de la infancia reactivo (F94.1).

CDI-10

- A. Durante los cinco primeros años de vida se produce como un hecho persistente el establecimiento de vínculos difusos (que no persisten necesariamente en la segunda infancia). El diagnóstico requiere un fracaso relativo para establecer vínculos sociales selectivos, manifestado por:
 - 1. Predisposición a buscar consuelo en los demás ante el malestar propio.
 - 2. Falta de selectividad anormal (relativa) de las personas en las que busca consuelo.
- B. Las interacciones sociales con personas extrañas están pobremente moduladas.
- C. Se requiere al menos uno de los siguientes:
 - 1. Conductas de adherencia en la primera infancia.
 - 2. Búsqueda de atención y comportamiento indiscriminadamente amistoso en la primera o segunda infancia.
- D. La falta general de especificidad por las situaciones descritas anteriormente debe ser clara. Para el diagnóstico se requiere que los síntomas de A y B se manifiesten en todo el abanico de conductas sociales del niño.

F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia

F94.9 Trastorno del comportamiento social de la infancia y adolescencia no especificado

F95 Trastornos de tics

Se trata de un conjunto de síndromes en los que la manifestación predominante es una forma de tic. Un tic es un movimiento involuntario rápido, reiterado y arrítmico (por lo general afecta a un grupo circunscrito de músculos) o una vocalización de aparición brusca y que carece de propósito aparente. Los tics tienden a ser vivenciados como irreprimibles, pero a menudo pueden ser controlados durante un cierto tiempo, se exacerban con el estrés y desaparecen durante el sueño. Los tics motores simples más frecuentes son guiños de ojos, sacudidas de cuello, encogerse de hombros y muecas. Los tics fonatorios más habituales son carraspeos, ruidos guturales, inspiraciones nasales ruidosas y siseos. Los tics complejos más frecuentes son autoagresiones, saltos y brinco. Los tics fonatorios complejos que más a menudo se presentan son la repetición de palabras determinadas, el uso de palabras (a menudo obscenas) socialmente inaceptables (coprolalia) y la repetición de los propios sonidos o palabras (palilalia).

F95.0 Trastorno de tics transitorios

Cumple los criterios generales para el trastorno de tics, pero no persisten más de 12 meses. Por lo general, los tics toman la forma de guiños de ojos, muecas o sacudidas de cuello.

CDI-10

- A. Presencia de tics simples o múltiples, de tipo motor o fonatorio, que se repiten múltiples veces al día, la mayoría de los días, durante un período de al menos cuatro semanas.
- B. La duración del trastorno no es superior a dos meses.
- C. Ausencia de antecedentes de síndrome de Gilles de la Tourette. El trastorno no es secundario a otros trastornos físicos ni corresponde a los efectos secundarios de ninguna medicación.
- D. El comienzo se produce antes de los 18 años.

F95.1 Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios

Se trata de trastornos que satisfacen los criterios generales de los trastornos de tics, en el que se producen tics motores o fonatorios (pero no ambos) que pueden ser simples o múltiples (normalmente múltiples) y que duran más de un año.

CDI-10

- A. Tics motores o fonatorios, pero no ambos, que ocurren muchas veces al día, la mayoría de los días, en un período de al menos 12 meses.
- B. No existen períodos de remisión superiores a dos meses en dicho año.
- C. Ausencia de antecedentes de síndrome de Gilles de la Tourette. Los tics no son debidos a una enfermedad médica o a efectos secundarios de una medicación.
- D. El comienzo se produce antes de los 18 años.

F95.2 Trastorno de tics motores y fonatorios múltiples y combinados (síndrome de Gilles de la Tourette)

Se trata de una forma de trastornos de tics en la que se presentan o se han presentado tics motores múltiples y uno o más tics fonatorios, no siendo necesario,

sin embargo, que se hayan presentado conjuntamente. El trastorno se exagera normalmente en la adolescencia y tiende a persistir en la edad adulta. Los tics fonatorios son frecuentemente múltiples, en forma de vocalizaciones explosivas reiteradas, carraspeos, gruñidos y la utilización de palabras o frases obscenas. En ocasiones se añade una ecopraxia de los gestos que puede ser también de naturaleza obscena (copropraxia).

CDI-10

- A. Presencia de tics motores múltiples junto a uno o más tics fonatorios que tienen que haberse presentado en algún momento de la evolución del trastorno, aunque no necesariamente juntos.
- B. Los tics deben presentarse muchas veces al día, casi todos los días, durante más de un año, sin ningún período de remisión durante ese año superior a dos meses.
- C. El comienzo del trastorno se produce antes de los 18 años.

F95.8 Otros trastornos de tics

F95.9 Trastorno de tics no especificado

Tic no especificado

CDI- 10

Se trata de una categoría residual no recomendada en la que se incluyen trastornos que cumplen los criterios generales para los trastornos de tics, pero en los que no se especifica la subcategoría o en la que no se cumplen todos los criterios de F95.0, F95.1 o F95.2.

F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o adolescencia

Se trata de un grupo heterogéneo de trastornos que comparten las características de comienzo en la infancia, aunque difieren en muchos otros aspectos. Algunos de los trastornos incluidos en esta categoría constituyen síndromes bien definidos, pero otros no son más que complejos de síntomas que necesitan ser

incluidos por su frecuencia, su asociación con problemas psicosociales y la imposibilidad de incorporarlos a otros síndromes.

Excluye: Contener la respiración por un período de tiempo (R06.8).
 Trastorno de la identidad sexual de la infancia (F64.2).
 Síndrome de Klein-Levin (G47.8).
 Trastorno obsesivo compulsivo (F42.-).
 Trastornos del sueño debidos a causas emocionales (F51.-).

F98.0 Enuresis no orgánica

Se trata de un trastorno caracterizado por la emisión involuntaria de orina, durante las horas diurnas o nocturnas, que es anormal para la edad mental del enfermo y no es consecuencia de una falta de control vesical secundaria a un trastorno neurológico, a ataques epilépticos o a alguna anomalía estructural del tracto urinario. La enuresis puede haber estado presente desde el nacimiento (p. ej., como una prolongación anormal de la incontinencia normal infantil) o bien aparecer después de un período de control vesical adecuado. Puede ser un trastorno aislado o bien puede acompañar a un trastorno de las emociones o del comportamiento más amplio.

Enuresis (primaria o secundaria) de origen no orgánico.
 Enuresis funcional.
 Enuresis psicógena.
 Incontinencia urinaria de origen no orgánico.

Excluye: Enuresis sin especificar (R32).

CDI-10

- A. La edad cronológica y mental es de al menos cinco años.
- B. Emisión involuntaria o intencionada de orina que se produce en la cama o en la ropa, se presenta al menos dos veces al mes en menores de siete años y al menos una vez al mes en mayores de siete años.
- C. La enuresis no es consecuencia de ataques epilépticos, de incontinencia de origen neurológico ni de anomalías estructurales del tracto urinario o enfermedades médicas.
- D. No hay evidencia de otros trastornos psiquiátricos que cumplan criterios para alguna de las categorías de la CIE-10.
- E. Duración del trastorno de al menos tres meses.

Para mayor especificación puede utilizarse un quinto carácter:

F98.00 Enuresis sólo nocturna.
 F98.01 Enuresis sólo diurna.
 F98.02 Enuresis nocturna y diurna.

F98.1 Encopresis no orgánica

Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de deposiciones voluntarias o involuntarias, de consistencia normal o anormal, en lugares no adecuados para este propósito, de acuerdo con las pautas socioculturales propias del lugar. El trastorno puede ser la expresión de la continuidad de una incontinencia fisiológica infantil, aparecer después de haber adquirido el control de los esfínteres o consistir en la deposición deliberada de heces en lugares no adecuados, aun cuando exista un control normal de los esfínteres. El cuadro puede presentarse como una alteración aislada o puede formar parte de un síndrome más amplio, en especial de un trastorno de las emociones (F93.-) o de un trastorno disocial (F91.-).

Encopresis funcional.

Incontinencia fecal de origen no orgánico.

Encopresis psicógena.

Si se desea, puede utilizarse un código adicional para identificar la causa de estreñimiento concomitante.

Excluye: Encopresis sin especificar (R15).

CDI-10

- A. Emisión repetida de heces en lugares inapropiados (p. ej., ropa o suelo) de manera voluntaria o involuntaria. (El trastorno incluye la incontinencia por rebosamiento secundaria a retención fecal funcional.)
- B. La edad cronológica y mental del niño es de al menos cuatro años.
- C. Se produce al menos un episodio de encopresis al mes.
- D. El trastorno dura al menos seis meses.
- E. No existe ninguna enfermedad orgánica que explique la encopresis.

Puede utilizarse un quinto carácter para mayor especificación:

- F98.10 Fracaso en la adquisición del control esfinteriano.
- F98.11 Control esfinteriano normal con deposiciones normales en lugares inadecuados.
- F98.12 Ensuciamiento asociado a heces excesivamente líquidas (como en el rebosamiento secundario a retención).

F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia

Se trata de un trastorno de la conducta alimentaria con diversas manifestaciones que se presenta por lo general en la infancia y en la niñez. Suele implicar rechazo a la alimentación y representar variaciones extremadamente caprichosas de lo que es la conducta alimentaria normal. Éstas se llevan a cabo en presencia de la persona (suficientemente competente) que cuida al niño y no se deben a una

enfermedad orgánica. Puede acompañarse o no de rumiación (es decir, de regurgitación repetida sin náuseas o malestar gastrointestinal).

Trastorno de rumiación en la infancia.

Excluye: Anorexia nerviosa u otros trastornos de alimentación (F50.-).
 Trastorno de la conducta alimentaria por malos tratos (R63.3).
 Problemas de alimentación en el recién nacido (P92.-).
 Pica en la infancia o niñez (F98.3).

CDI-10

- A. Fracaso persistente en comer adecuadamente, o rumiación, o regurgitación del alimento persistentes.
- B. Fracaso en la ganancia de peso, pérdida de peso o algún otro problema significativo de salud en un período de al menos un mes (dada la frecuencia de alteraciones alimentarias transitorias, los investigadores pueden escoger para fines concretos un mínimo de tres meses).
- C. Comienzo del trastorno antes de los seis años.
- D. El niño no presenta ningún otro trastorno mental o del comportamiento de los codificados en la CIE-10 (con excepción del retraso mental F70-F79).
- E. No existe una enfermedad orgánica que pueda explicar la alteración de la conducta alimentaria

F98.3 Pica en la infancia

Consiste en la ingesta persistente de sustancias no nutritivas (tales como tierra, desconchones de pintura, etc.). Puede aparecer como uno entre muchos síntomas de un trastorno psiquiátrico más amplio (como el autismo) o puede presentarse como un comportamiento psicopatológico relativamente aislado. Sólo este último se clasifica en esta categoría. El trastorno es más frecuente en niños con retraso mental, el cual si estuviera presente se codificará de acuerdo con F70-F79.

CDI-10

- A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas, con una frecuencia de al menos dos veces por semana.
- B. La duración del trastorno es de al menos un mes (para algunos fines los investigadores pueden escoger como mínimo tres meses).
- C. El niño no presenta ningún otro trastorno mental o del comportamiento codificado en la CIE-10 (con excepción del retraso mental F70-F79).



- D. La edad mental y cronológica del niño es de al menos dos años.
- E. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada

F98.4 Trastorno de estereotipias motoras

Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de movimientos voluntarios, repetitivos, estereotipados, que carecen de una función concreta, que suelen ser rítmicos y que no forman parte de ningún cuadro psiquiátrico o neurológico conocido. Cuando dichos movimientos son síntomas de otra alteración, sólo se codificará la alteración principal. Los movimientos no son de tipo autolesivo e incluyen balanceo corporal, balanceo de cabeza, arrancarse o retorcer el cabello, chasquear los dedos y palmoear. Las estereotipias autolesivas incluyen cabezazos repetidos, darse bofetadas, hurgarse en los ojos y morderse las manos, labios u otras partes del cuerpo. Todas estas estereotipias motoras se dan más frecuentemente asociadas al retraso mental (en este caso deben codificarse ambos). Si el hurgarse en los ojos aparece en niños con trastornos visuales deben codificarse ambas condiciones: la primera, en esta categoría, y la segunda, en el código del trastorno somático adecuado.

Trastorno de estereotipias (hábitos).

- Excluye:** Movimientos anormales involuntarios (R25.-).
 Trastorno de la motilidad de origen orgánico (G20-G26).
 Onicofagia (F98.8).
 Rinodactilomanía (F98.8).
 Estereotipias que forman parte de un trastorno psiquiátrico más amplio (F00-F95).
 Succión del pulgar (F98.8).
 Trastorno de tics (F95.-).
 Tricotilomanía (F63.3).

CDI-10

- A. El niño presenta movimientos estereotipados que pueden llegar a producir daño físico o que interfieren de forma marcada con las actividades normales.
- B. La duración del trastorno es de al menos un mes.
- C. El niño no presenta otro trastorno mental o del comportamiento codificado en la CIE-10 (con excepción del retraso mental F70-F79).

Puede añadirse, si se desea, un quinto carácter para mayor especificación:

- F98.40 Sin autolesiones.
- F98.41 Con autolesiones.
- F98.42 Mixto.

F98.5 Tartamudeo (espasmofemia)

Habla caracterizada por la frecuente repetición o prolongación de sonidos, sílabas o palabras, o por frecuentes dudas o pausas que interrumpen el flujo rítmico del habla. Debe ser clasificado como un trastorno sólo si su gravedad afecta a la fluidez del habla de forma importante.

Excluye: Trastorno de tics (F95.-).
 Farfulleo (F98.6).

CDI-10

- A. El tartamudeo (habla caracterizada por la frecuente repetición o prolongación de sonidos, sílabas o palabras, o por frecuentes dudas o pausas que interrumpen el flujo rítmico del habla) es persistente, recurrente y de gravedad suficiente para producir una alteración significativa de la fluidez del habla.
- B. Duración del trastorno de al menos tres meses.

F98.6 Farfulleo

Ritmo rápido del habla con interrupciones de la fluidez, pero sin repeticiones o indecisiones y lo suficientemente grave como para producir una disminución de la inteligibilidad del habla. El habla es errática y disrítica, con súbitos brotes espasmódicos que generalmente implican una construcción de frases incorrecta.

Excluye: Tartamudeo (F98.5).
 Trastorno de tics (F95.-).

CDI-10

- A. Farfulleo (ritmo rápido del habla con interrupciones de la fluidez, pero sin repeticiones o dudas) persistente, recurrente y suficientemente grave como para producir una disminución significativa de la inteligibilidad del habla.
- B. Duración del trastorno de al menos tres meses.

F98.8 Otros trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia o adolescencia

Trastorno de déficit de atención sin hiperactividad.
 Masturbación excesiva.
 Onicofagia.

Rinodactilomanía.
Succión del pulgar.

F98.9 Trastorno del comportamiento y de las emociones
de comienzo habitual en la infancia o la adolescencia
no especificado

F99 Trastorno mental no especificado en otro lugar

Enfermedad mental sin especificar.

Excluye: Trastorno mental orgánico sin especificar (F06.9).

Esta es una categoría residual no recomendada, que debe utilizarse cuando no se pueda usar ningún otro código de F00-F98.

CDI-10
Apéndice 1

**Criterios provisionales
para trastornos determinados**

Este apéndice contiene criterios para determinados trastornos cuyo estatus clínico o científico se considera todavía incierto. Todos ellos han sido incluidos por sugerencia de grupos de investigación interesados en los mismos, pero se piensa que es necesaria una investigación más profunda antes de que puedan ser aceptados internacionalmente y alcancen la categoría necesaria para ser incluidos en el Capítulo V de la CIE-10. Se espera que su presencia en este apéndice, con criterios provisionales, sirva de estímulo para que se lleven a cabo estudios que aclaren su naturaleza y su estatus.

Trastorno afectivo estacional

(Puede ser equiparado a trastorno afectivo [del humor], categorías F30.-, F31.-, F32.- y F33.-).

- A. Tres o más episodios de un trastorno afectivo que comienza dentro del mismo período (de 90 días) de un año y se produce en tres o más años consecutivos.
- B. También se producen las remisiones en un determinado período (de 90 días) de un año.
- C. Los episodios estacionales superan claramente en número a los episodios no estacionales.

Trastorno bipolar tipo II

(Puede ser equiparado al trastorno bipolar, categorías F31.0-F31.3, F31.5, F31.7).

- A. Debe haber uno o más episodios de depresión (F32.-).
- B. Debe haber uno o más episodios de hipomanía (F30.0).
- C. No existen episodios de manía (F30.1-F30.2).

Trastorno bipolar cicladador rápido

(Puede ser equiparado al trastorno bipolar, categorías F31.0-F31.7).

- A. Deben cumplirse los criterios para el trastorno bipolar (F31.0-F31.7).
- B. Al menos cuatro fases de trastorno bipolar han de ocurrir en el período de un año.

Nota: Las fases se delimitan por un cambio a la fase opuesta o mixta, o por una remisión.

Trastorno narcisista de personalidad

- A. Deben cumplirse los criterios generales para los trastornos de personalidad (F60.-).
- B. Deben estar presentes al menos cinco de los siguientes:
 1. Sentido exagerado de autoimportancia (p. ej., el paciente exagera sus logros y cualidades y espera ser reconocido como una persona superior sin nada que lo avale).
 2. Preocupación con fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor ideal.
 3. Creencia de ser “especial” y único, y de poder ser entendido o relacionarse solamente con otras personas (o instituciones) especiales o de alto nivel;

4. Necesidad excesiva de admiración.
5. Tener un sentido exagerado de sus derechos y esperar, de forma no razonable, ser tratado de manera especialmente favorable o que se cumplan automáticamente sus deseos.
6. Explotación de las relaciones interpersonales, aprovechándose de ellas para conseguir sus propios fines.
7. Ausencia de empatía y poca capacidad para identificar los sentimientos y necesidades de los demás.
8. Envidia frecuente de los demás o creencia de ser envidiado.
9. Actitudes o comportamientos arrogantes o altivos.

Trastorno de personalidad pasivo-agresivo (negativista)

- A. Deben cumplirse los criterios generales para los trastornos de personalidad (F60.-).
- B. Deben estar presentes al menos cinco de los siguientes:
 1. Retraso o posposición de tareas esenciales o rutinarias, especialmente cuando son solicitadas por otras personas.
 2. Protestas injustificadas de que otras personas hacen demandas no justificadas.
 3. Malhumor, irritabilidad y querulancia cuando otros le piden hacer algo que no quiere hacer.
 4. Crítica o desprecio no razonable a personas que ocupan puestos jerárquicos.
 5. Trabajar lentamente de forma deliberada o realizar inadecuadamente las tareas que el individuo no quiere hacer.
 6. Obstruir los esfuerzos de otros, haciendo fracasar su parte de un trabajo en común.
 7. Soslayar sus obligaciones declarando que las ha olvidado.

CDI-10
Apéndice 2

**Trastornos específicos
de determinadas culturas**

233

(Recopilado por el Dr. Ruthbeth Finerman,
Profesor Asociado del Departamento de Antropología
de la Universidad del Estado de Memphis,
Memphis, TN, USA)

Los trastornos específicos de ciertas culturas tienen características diversas, pero comparten dos rasgos principales:

1. No se pueden situar con facilidad dentro de las categorías psiquiátricas establecidas y utilizadas internacionalmente.
2. Fueron inicialmente descritos en determinadas poblaciones o áreas culturales, a las cuales se ha visto que están asociados de manera cercana o exclusiva.

A estos síndromes se les ha denominado síndromes ligados a una cultura o reactivos a una cultura, o como psicosis étnicas o exóticas. Algunos son raros y otros quizás son frecuentes cuando se consideran comparativamente. Muchos son agudos y transitorios, lo cual hace que su estudio sistemático sea muy difícil.

La situación de estos trastornos es controvertida, de tal manera que muchos investigadores manifiestan que sólo se diferencian en la intensidad cuando se comparan con trastornos ya incluidos en las clasificaciones psiquiátricas existentes, tales como los trastornos de ansiedad y las reacciones al estrés. Por lo tanto, siguiendo estas ideas, debería considerárseles como variaciones locales de trastornos aceptados desde hace tiempo. Su existencia exclusiva en determinadas poblaciones o áreas culturales también ha sido cuestionada.

Existe una evidente necesidad de investigaciones que ayuden a establecer descripciones clínicas fiables de estos trastornos, así como clarificar su distribución, frecuencia y curso. Con el objetivo de estimular y facilitar dicha investigación, la OMS ha desarrollado un glosario con las definiciones de los términos utilizados en la investigación en psiquiatría transcultural y antropológica. Se espera que este glosario esté disponible en el año 1994. Mientras tanto se han descrito 12 “trastornos específicos de determinadas culturas” que se han incluido en este apéndice a modo de ejemplo, conjuntamente con sus características clínicas —extraídas de la literatura médica y antropológica— y sugerencias sobre su emplazamiento dentro de las categorías de la CIE-10.

No se han hecho intentos de realizar listas detalladas de criterios diagnósticos. Se espera que esto sea posible cuando haya información disponible más fiable acerca de la clínica, epidemiología y biología.

Se les ha asignado el código más probable de la CIE-10 Capítulo V (F), pero hay que tener en cuenta que esto se ha llevado a cabo sólo de manera tentativa. En algunos casos se da más de un código, ya que las descripciones disponibles sugieren que existe una variación considerable en las situaciones clínicas amparadas bajo esa denominación.

Referencias bibliográficas (1976)

- Lebra WP (ed.): *Culture-bound syndromes, ethnopsychiatry, and alternative therapies*. University of Hawaii, Honolulu.
- Simons RC, Hughes CC (eds.) (1985): *The culture-bound syndromes*. Reidel, Dordrecht.
- Yap Pow-Meng (1951): Mental diseases peculiar to certain cultures: a survey of comparative psychiatry. *Journal of Mental Science* **97**: 313-327.

Amok (Indonesia, Malasia)

Un episodio indiscriminado, presumiblemente sin provocación, de comportamiento homicida o altamente destructivo, que culmina a menudo en suicidio o es

seguido por amnesia o fatiga. La mayoría de los episodios ocurren sin previo aviso, aunque algunos se precipitan tras un período de intensa ansiedad u hostilidad. Algunos estudios sugieren que los casos pueden derivar de valores tradicionales de agresión extrema o de ataques suicidas en el arte de la guerra.

Código CIE-10 sugerido

F68.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

Síndromes potencialmente relacionados

Ahade idzi be (Nueva Guinea).

Benzi mazurazura (África del sur —shona y grupos asociados—).

Berserker gang (Escandinavia).

Cafard (Polinesia).

Colerina (Los Andes de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú).

Hwa-byung (Corea).

Ich'aa (indígenas del sudoeste de USA).

Bibliografía

Lin Keh-Ming (1983): Hwa-byung: a Korean culture-bound syndrome? *American Journal of Psychiatry*, **140**: 105-107.

Newman P (1964): "Wild man" behavior in a New Guinea Highlands community. *American Anthropologist*, **66**:1-9.

Simons RC, Hughes CC (eds.) (1985): *The culture-bound syndromes*. Reidel, Dordrecht, 197-264.

Spores J (1988): *Running amok: an historical inquiry*. Southeast Asia Series, No. 82 University Center for International Studies, Athens, Ohio.

Yap Pow-Meng (1969): The culture-bound reactive syndromes. In: Caudill W, Tsung-yi Lin (eds.): *Mental health research in Asia and the Pacific*. East-West Center Press, Honolulu 33-53.

Dhat, dhatu, jiryān, shenk'uel, shen-kul (India, China)

Ansiedad y quejas somáticas, tales como fatiga y dolor muscular, relacionadas con el temor a perder el semen, tanto en hombres como en mujeres (que también piensan que segregan semen). Se mencionan como problemas predisponentes el exceso de coito, trastornos urinarios, desequilibrios en humores corporales y dieta. El síntoma principal es una descarga blanquecina con la orina, interpretada como una pérdida de semen. Los remedios tradicionales se centran en tónicos de hierbas que restablecen el equilibrio del semen o de los humores.

Códigos CIE-10 sugeridos

F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados.

F45.34 Disfunción vegetativa somatomorfa del sistema urogenital (debe emplearse si los síntomas de ansiedad vegetativos son importantes).

Síndromes potencialmente relacionados

Koro (China).
Rabt (Egipto).

Referencias bibliográficas

- Bhatia MS, Malik SC (1991): Dhat syndrome – a useful diagnostic entity in Indian culture. *British Journal of Psychiatry* **159**: 691-695.
- Malhotra M, Wig N (1975): Dhat syndrome: a culture-bound sex neurosis of the Orient. *Archives of Sexual Behavior* **4**: 519-528.
- Singh SP (1992): Is Dhat culture bound? *British Journal of Psychiatry* **160**: 280-281.
- Wen Jung-Kwang, Wang Ching-Lun (1981): Shen'uei syndrome: a culture-specific sexual neurosis in Taiwan. In: Kleinman A, Lin Tsung-yi, (eds) *Normal and abnormal behavior in Chinese cultures*. Reidel, Dordrecht: 357-369.

Koro, jinjin bema, suk yeong, suo-yang (Sudeste de Asia, sur de China, India)

Pánico agudo o reacción de ansiedad que implica miedo a la retracción de los genitales. En casos graves, los varones están convencidos de que el pene se les retraerá bruscamente dentro del abdomen, y las mujeres tienen la sensación de que sus mamas, sus labios genitales o su vulva se retraerán. Las víctimas presienten que esto les acarreará fatales consecuencias. Los estudios citan como factores predisponentes a ciertas enfermedades, o exposición al frío o coito excesivo, pero los conflictos interpersonales y las presiones socioculturales ejercen una gran influencia en la aparición de este síndrome. La presentación es rápida, intensa e inesperada. Las repuestas, aunque variadas, incluyen sujeción de los genitales por la víctima o algún familiar, uso de férulas o artilugios para prevenir la retracción, remedios de herbolario, masaje o felación.

Códigos CIE-10 sugeridos

- F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados.
F45.34 Disfunción vegetativa somatomorfa del sistema urogenital (debe emplearse si están presentes síntomas vegetativos de ansiedad).

Síndromes potencialmente relacionados

Dhat (India).
Rabt (Egipto).

Referencias bibliográficas

- Adityanjee, Zain AM, Subramaniam M (1991): Sporadic koro and marital disharmony. *Psychopathology* **24**: 49-52.

- Bernstein RL, Gaw AC (1990): Koro: proposed classification for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry* **147**: 1670-1674.
- Nandi DN et al. (1983): Epidemic koro in West Bengal, India. *International Journal of Social Psychiatry* **29**: 265-268.
- Simons RC, Hughes CC (eds.) (1985): The culture-bound syndromes. Reidel, Dordrecht.
- Turnier L, Chouinard G (1990): Effet anti-koro d'un antidépresseur tricyclique. [The anti-koro effect of a tricyclic antidepressant.] *Canadian Journal of Psychiatry* **35**: 331-333.

Latah (Indonesia, Malaisia)

Respuestas excesivamente exageradas al susto o al trauma, seguidas de situaciones involuntarias de ecolalia, ecopraxia o estados de trance. Ciertos estudios interpretan algunos casos como una respuesta neurofisiológica, un estado de hipersugestionabilidad o un mecanismo de expresión de baja autoestima. Los espectadores generalmente encuentran divertidos tales episodios, mientras que las víctimas se sienten humilladas.

Códigos CIE-10 sugeridos

- F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados.
F44.88 Otros trastornos disociativos (de conversión) especificados.

Síndromes potencialmente relacionados

Amurakh (Siberia).
Bah-tsi (Tailandia).
Imu (ainu —indígenas de Japón—).
Jumping frenchman (Canadá).
Lapp panic (Lapps).
Mali-mali (Filipinas).
Pibloktoq (esquimales árticos).
Susto (México, América Central y del Sur).
Yaun (Birmania).

Referencias bibliográficas

- Jenner JA (1990): Latah as coping: a case study offering a new paradox to solve the old one. *International Journal of Social Psychiatry* **36** (3): 194-199.
- Jenner JA (1991): A successfully treated Dutch case of Latah. *Journal of Nervous and Mental disease* **179** (10): 636-637.
- Murphy HBM (1976): Notes for a theory on latah. In: Lebra WP (ed.): *Culture-bound syndromes, ethnopsychiatry, and alternate therapies*. University of Hawaii, Honolulu, 3-21.
- Simons RC, Hughes CC (eds.) (1985): The culture-bound syndromes. Reidel, Dordrecht: 41-113.

Nerflza, nerves, nevra, nervios (Egipto, Norte de Europa, Grecia, México, América del Sur y Central)

Frecuentes episodios, a menudo crónicos, de extrema tristeza o ansiedad que dan lugar a un conjunto de manifestaciones somáticas, tales como dolor de cabeza o dolor muscular, reactividad disminuida, náuseas, pérdida de apetito, insomnio, fatiga y agitación. El síndrome es más frecuente en mujeres que en hombres. Las investigaciones ligán este trastorno al estrés, la cólera, el desequilibrio emocional y la baja autoestima. Los casos son tradicionalmente tratados con infusiones de hierbas, “píldoras para los nervios”, reposo, aislamiento y ayuda de la familia.

Códigos CIE-10 sugeridos

- F32.11 Episodio depresivo moderado con síntomas somáticos (este es el código más adecuado).
 F48.0 Neurastenia.
 F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado.

Síndromes potencialmente relacionados

Anfechtung (huteritas —un grupo religioso-).
Brain fag (Nigeria).
Colerina, pensión, bilis (México, América Central y del Sur).
Hsieh-ping, xie-bing (China).
Hwa-byung (Corea).
Narati-e a sab, maraz-e a sap (Irán).
Qissaatuq (esquimales del Ártico).

Referencias bibliográficas

- Historical and cross-cultural perspectives on nerves. *Social Science and Medicine* 1988, **26** (12): 1197-1259.
- Davis DL, Low SM (eds.) (1989): Gender, health and illness: the case of nerves. Hemisphere, New York.
- Good B, Good MJD, Moradi R (1985): The interpretation of Iranian depressive illness and dysphoric affect. In: Kleinman A, Good B (eds.): *Culture and depression*. University of California, Berkeley, 369-428.
- Low SM (1985): Culturally interpreted symptoms or culture-bound syndromes: a cross-cultural review of nerves. *Social Science and Medicine*, **21**: 187-196.

Pa-leng, frigofobia (China, sudeste de Asia)

Estado de ansiedad caracterizado por un miedo obsesivo al frío y al viento, que se considera produce fatiga, impotencia o muerte. Las víctimas se abrigan de manera compulsiva con ropas excesivas o muy gruesas. El miedo se refuerza por las creencias culturales sobre el problema, considerado como un trastorno humoral.

Código CIE-10 sugerido

F40.2 Fobias específicas.

Síndromes potencialmente relacionados

Agua fría, aire frío, frío (México, América Central y del Sur).

Referencias bibliográficas

Kiev: A (1972): Transcultural psychiatry. Free Press, New York.

Lin Keh-Ming, Kleinman A, Lin Tsung-Yi (1981): Overview of mental disorders in Chinese cultures: review of epidemiological and clinical studies. In: Kleinman A, Ling Tsung-Yi (eds.): *Normal and abnormal behavior in Chinese culture*. Reidel, Dordrecht: 237-272.

Pibloktoq, histeria del Ártico (esquimales del Ártico)

Fatiga prodrómica, depresión o confusión seguidas por un "ataque" de comportamientos disruptivos, que incluyen desnudarse o arrancarse la ropa, correr frenéticamente, rodar por la nieve, glosolalia o ecolalia, ecopraxia, destrucción de las propiedades y coprofagia. La mayoría de los episodios duran sólo unos minutos y son seguidos por pérdida de conciencia, amnesia y remisión completa. Las lesiones son raras, y mientras algunos estudios han relacionado sus causas con la tetania hipocalcémica, la mayoría de los investigadores ligan estos incidentes a ansiedades interpersonales y a factores estresantes culturales.

Códigos CIE-10 sugeridos

F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos.

F44.88 Otros trastornos disociativos (de conversión) especificados.

Síndromes potencialmente relacionados

Amok (Indonesia, Malasia).

Banga, misala (Congo, Malawi —antigua Nyasalandia—).

Ebenzi (Sur de África, los shona y grupos asociados).

Grisi siknis (miskito —indígenas de Honduras—).

Imu (ainu —indígenas de Japón—).

Latah (Indonesia, Malasia).

Mali-mali (Filipinas).

Nangiarpok, kayak angst, quajimaillitug (esquimales).

Ufufuyane (Sur de África, especialmente los bantú, zulú y grupos asociados).

Referencias bibliográficas

Parker S (1962): Eskimo psychopathology in the context of Eskimo personality and culture. *American Anthropologist* 64: 76-96.

Simons RC, Hughes CC (eds.) (1985): The culture-bound syndromes. Reidel, Dordrecht: 267-326.

Wallace A (1972): Mental illness, biology and culture. In: Hsu FLK (ed.): *Psychological anthropology*. Schenkman, Cambridge, MA 363-402.

Susto, espanto (México, América Central y del Sur)

Quejas crónicas muy diversas atribuidas a "pérdida del alma" producida por un miedo intenso, frecuentemente sobrenatural. En algunos casos, los acontecimientos traumatizantes no se sufren de manera personal, los pacientes se afectan cuando otros (generalmente familiares) se asustan. Los síntomas incluyen a menudo agitación, anorexia, insomnio, fiebre, diarrea, confusión mental y apatía, depresión e introversión. Diferentes estudios atribuyen algunos casos a hipoglucemia, enfermedades orgánicas no especificadas, ansiedad generalizada o estrés producidos por conflictos sociales o baja autoestima.

Códigos CIE-10 sugeridos

- F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado.
 F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados.

Síndromes potencialmente relacionados

Lanti (Filipinas).
Latah (Indonesia, Malasia).
Malgri (aborígenes de Australia).
Mogo laya (Nueva Guinea).
Narahati (Irán).
Saladera (regiones del Amazonas).

Referencias bibliográficas

- Good B, Good MJD (1982): Toward a meaning-centered analysis of popular illness categories: fright illness and heart distress in Irán. In: Marsella AJ, White GM (eds.): *Cultural conceptions of mental health and therapy*. Reidel, Dordrecht: 150-158.
- Houghton A, Boersma F (1988): The grief-loss connection in susto. *Ethnology* 27: 145-154.
- Lipp F (1989): The study of disease in relation to culture – the sustocomplex among the Mixe of Oaxaca. *Dialectical Anthropology* 12: 435-443.
- Rubel AJ, O'Neill CW, Collado-Ardon R (1984): Susto, a folk illness. University of California Press, Berkeley.
- Simons RC, Hughes CC (eds.) (1985): The culture-bound syndromes. Reidel, Dordrecht: 329-407.

Taijin kyofusho, shinkeishitsu, antropofobia (Japón)

Ansiedad o fobia más frecuente en hombres y adultos jóvenes. Los casos están marcados por un miedo al contacto social (especialmente entre amigos), preocupación extrema por uno mismo (por la apariencia física, el olor corporal o por ruborizarse) y miedo a contraer enfermedades. Los síntomas somáticos comprenden dolores de cabeza, del cuerpo y del estómago, fatiga e insomnio. Los pacientes son considerados por los demás como muy inteligentes y creativos, y manifiestan tendencias perfeccionistas. Los estudios sugieren que valores culturales animan a la “suprasocialización” de algunos niños, produciendo sentimientos de inferioridad y de ansiedad en las relaciones sociales.

Códigos CIE-10 sugeridos

- F40.1 Fobias sociales.
- F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica (se debe utilizar si existen otros muchos miedos).

Síndromes potencialmente relacionados

Anfechtung (huteritas —un grupo religioso—).
Itiju (Nigeria).

Referencias bibliográficas

- Lock M (1980): East Asian medicine in urban Japan. University of California Press, Berkeley 222-224.
- Tanaka-Matsumi J (1979): Tijin kyofusho. *Culture Medicine and Psychiatry* 3: 231-245.
- Prince R, Techeng-Laroche F (1987): Culture-bound syndromes and international classification of disease. *Culture, Medicine and Psychiatry* 11: 3-20.
- Reynolds D (1976): Morita therapy. University of California Press, Berkeley.

Ufufuyane, saka (Sur de África —entre los bantu, zulú y grupos asociados—, Kenia)

Estado de ansiedad popularmente atribuido a pociones mágicas administradas por enamorados rechazados o a posesión del espíritu. Los síntomas incluyen proferir alaridos, presentar parálisis o convulsiones y caer en estupor similar a un trance o perder la conciencia. La mayoría de las víctimas son mujeres jóvenes no casadas. Algunas tienen pesadillas con temas sexuales o episodios raros de ceguera temporal. Los ataques pueden durar días o semanas, pueden ser provocados por la vista de hombres o de personas extrañas.

Códigos CIE-10 sugeridos

- F44.3 Trastornos de trance y posesión.
- F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos.

Referencias bibliográficas

- Harris G (1957): Possession "hysteria" in a Kenya tribe. *American Anthropologist* 59: 1046-1066.
- London JB (1959): Psychogenic disorder and social conflict among the Zulu. In: Opler MK (ed.): *Culture and mental health*. Macmillan, New York: 351-369.

Uqamairneq (esquimales del Ártico)

Parálisis repentina asociada a estados de sueño en la frontera de lo patológico, acompañada de ansiedad, agitación o alucinaciones. Los indicadores prodrómicos pueden incluir olores y sonidos perceptibles aunque transitorios. A pesar de que el problema es generalmente crónico y puede provocar pánico, la mayoría de los ataques duran sólo unos minutos y son seguidos por una completa remisión. Los casos son bastante comunes y tradicionalmente se piensa que son el resultado de una pérdida del alma, de que el alma es errante o de que existe una posesión del espíritu. Los estudios describen la experiencia como una reacción disociativa histérica o como una posible variación del síndrome de narcolepsia-catapleja.

Códigos CIE-10 sugeridos

- F44.88 Otros trastornos disociativos (de conversión) especificados.
- G47.4 Narcolepsia y catapleja.

Incluye: Parálisis del sueño.

Síndromes potencialmente relacionados

Aluro (Nigeria).

Old hag (Terranova).

Phii pob (Tailandia).

Referencias bibliográficas

- Hufford D (1982): The terror that comes in the night. University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Parker S (1962): Eskimo psychopathology in the context Eskimo personality and culture. *American Anthropologist* 64: 76-96.
- Simons RC, Hughes CC (ed.) (1985): The culture-bound syndromes. Reidel, Dordrecht: 115-148.

Windigo (varias pronunciaciones) (pueblos nativos del nordeste americano)

Referencias raras e históricas de obsesión caníbal. Tradicionalmente los casos se atribuyeron a posesiones, en las que las víctimas (generalmente varones) se vol-

vían monstruos caníbales. Los síntomas incluían depresión, pensamientos homicidas o suicidas y una compulsión delirante de comer carne humana. La mayoría de las víctimas eran aisladas socialmente o ejecutadas. Las primeras investigaciones describieron los episodios como psicosis histéricas, precipitadas por hambre crónica o mitos culturales sobre inanición y monstruos. Algunos estudios controvertidos y recientes sobre el problema cuestionan la legitimidad del síndrome, basándose en que los casos fueron realmente un producto de acusaciones hostiles inventadas para justificar el ostracismo de las víctimas o su ejecución.

Códigos CIE-10 sugeridos

La información disponible es tan poco fiable, que no se puede sugerir el código más apropiado. Si se necesita emplear un código, utilizar:

F68.8 Otros trastornos de personalidad y de comportamiento del adulto especificados.

Síndromes potencialmente relacionados

Amok (Malaisia).

Hsieh-ping (China —Taiwan—).

Zar (Egipto, Etiopía, Sudán).

Referencias bibliográficas

- Bishop C (1975): Northern Algonkian cannibalism and windigo psychosis. In: Williams T (ed) *Psychological Anthropology*. Mouton, The Hague: 237-248.
- Hay T (1971): The Windigo psychosis. *American Anthropologist* 73: 1-19.
- Parker S (1960): The wiitiko psychosis in the context of Ojibwa personality and culture. *American Anthropologist* 1965 62: 603-623.
- Simons RC, Hugues CC (eds.) (1985): The culture-bound syndromes. Reidel, Dordrecht: 409-465.

Notas sobre problemas no resueltos

Las reacciones de los varios centenares de clínicos e investigadores que han participado en los ensayos de campo de las *Descripciones Clínicas y Guías Diagnósticas* (DCGD) y de los *Criterios Diagnósticos de Investigación* (CDI-10) del Capítulo V de la CIE-10, dejan claro que la nueva clasificación supone una gran mejora con respecto a la anterior. No obstante, persisten muchos problemas que necesitan ser afrontados en futuras revisiones. En esta sección se comenta brevemente una parte de aquellos problemas que han dado lugar a comentarios y debates durante el desarrollo de la clasificación. La mayoría de los hechos mencionados son también problemas no resueltos en otras clasificaciones psiquiátricas nacionales y regionales, por lo que comentarlas en esta sección recordará a los usuarios que todavía existe mucho lugar para mejoras en todas las clasificaciones psiquiátricas existentes.

Número y orden de las principales secciones de la clasificación

Aunque no haya un número óptimo de secciones principales, es una pregunta interesante que necesita ser debatida, pero en el caso del Capítulo V el número de secciones principales es establecida por una regla general que nada tiene que ver con la Psiquiatría. Los capítulos de la CIE-10 no pueden tener más de diez subdivisiones mayores, porque la CIE es una clasificación estadística con un espacio de clasificación definido y limitado. No existe ninguna razón particular por la cual todos los trastornos psiquiátricos deban encajar perfectamente en diez grupos, aunque en la práctica esta restricción no causa problemas serios.

El orden que ha sido adoptado es el mismo que el encontrado en la mayoría de los libros de Psiquiatría y clasificaciones psiquiátricas. Probablemente refleja el deseo de los clínicos de dar preferencia a aquellos trastornos de los que se conoce algo sobre su etiología. El orden también refleja una jerarquía de "severidad" y la posibilidad de un resultado relativamente pobre. El situar los trastornos del desarrollo y aquellos normalmente limitados a la infancia y la adolescencia al final es probablemente reflejo del desarrollo más tardío de la psiquiatría infantil como disciplina independiente. Las futuras versiones de esta y otras clasificaciones psiquiátricas pueden beneficiarse de una discusión abierta sobre su estructura y presentación (Cooper, 1988).

Capítulo V como una clasificación descriptiva

En los estadios tempranos del desarrollo del Capítulo V se estaba de acuerdo en que, debido al incompleto y frecuentemente controvertido estado del conocimiento sobre la etiología de la mayoría de los trastornos psiquiátricos, la clasificación debía estar, en lo posible, basada en descripciones. Estrictamente hablando, esto implica que los trastornos deben ser agrupados a través de semejanzas y diferencias evidentes sólo en sus síntomas y signos, y que los trastornos así clasificados deben estar sólo en un lugar de la clasificación. No obstante, cuando esto se intenta en seguida queda claro que una clasificación se produciría como resultado de la adherencia firme a esos principios, y serían muy poco aceptables por los clínicos, puesto que a éstos les gustaría dar preferencia a la etiología cuando quiera que se conozca. Por esta razón, los diversos tipos de etiologías (orgánica, por abuso de sustancias y estrés) se introducen dentro de los trastornos de cada sección, en vez de introducirlos en un lugar en otro eje.

El resultado de esto es que el Capítulo V es una clasificación que combina dos aspectos o ejes, aunque se acepta frecuentemente que sólo tiene uno. Afortunadamente, estas transgresiones de las reglas no causan muchos problemas,

puesto que es normalmente posible describir cuadros clínicos específicos que justifican el grupo en el que se incluyen (por ejemplo, aunque las reacciones al estrés incluyen síntomas depresivos que también se encuentran en episodios depresivos, el patrón y la severidad de los síntomas depresivos son diferentes en los dos tipos de trastorno). Esto no ocurre, sin embargo, en la sección F06: "Trastornos mentales debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática". Ésta contiene versiones en miniatura o "anidadas" de muchas otras categorías. Las categorías F06.0-F06.5 no son clínicamente distinguibles de sus homólogas en otras secciones, y solamente difieren en que se sabe que tienen una etiología orgánica. Otro ejemplo es F02.4: "Demencia en la infección por VIH"; estrictamente hablando, debería ser incluida en F02.8: "Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar", pero debido a su importancia actual en las estadísticas de salud pública se creyó justificada su inclusión en una categoría aparte que permitiese recogerla con un solo código en lugar de dos.

La presencia de estas irregularidades significa que el Capítulo V no es puro desde un punto de vista taxonómico, pero será utilizada con mayor probabilidad por los clínicos que si las reglas de clasificación se hubieran seguido estrictamente.

Etiología orgánica

Los recientes avances en la tecnología de la imagen cerebral (TAC, RMN y PET) han mostrado que ya no sabemos a qué llamar "orgánico". Cuando se utiliza para indicar una pérdida objetiva o una lesión del tejido cerebral, las implicaciones etiológicas del término están claras, pero no está justificado utilizarlo, por ejemplo, para un agrandamiento ventricular mínimo en la imagen de la RMN en una persona normal. El hecho de que un hallazgo similar se encuentre en personas con un trastorno psiquiátrico no permite sacar la conclusión general de que existe una causalidad directa entre el síndrome y la anormalidad observada. Todo lo que podemos afirmar de momento es que la cada vez más probable detección de anomalías cerebrales, tanto en sujetos normales como en pacientes, tiene un significado todavía incierto.

Los términos "sintomático" y "cognitivo" se consideraron como otras opciones en vez de utilizar el término "orgánico", pero ambos tienen problemas adicionales. Finalmente se tomó una decisión conservadora manteniendo el término "orgánico", familiar y ampliamente aceptado.

Definición de los límites

La dependencia de la descripción de las emociones, vivencias y comportamiento significa inevitablemente que es probable que existan muchos problemas al definir los límites entre los diferentes trastornos, y entre los grados de severidad leve y grave de un mismo trastorno. La clasificación de los trastornos afectivos (del humor) en esta y otras clasificaciones actuales tienen muchos obstáculos de este tipo, el más frecuente de los cuales es la distinción entre los grados de severidad de los estados depresivos. La distinción entre trastorno bipolar y ciclotimia, y la distinción entre distimia y otros estados depresivos y ansiosos crónicos también presenta dificultades.

A pesar de estos problemas, no existen de momento mejores alternativas que continuar confiando en las categorías descriptivas, dado que no se han formado, de momento, subgrupos consistentes y útiles de pacientes con trastornos afectivos a partir de medidas bioquímicas y neuropsicológicas. Es probable que el estado insatisfactorio del conocimiento actual sobre la subdivisión de los trastornos afec-

tivos (y muchos otros) no mejore hasta que se desarrollen nuevos conceptos y técnicas de investigación. La descripción clínica detallada de los signos y síntomas tal y como se recogen en las entrevistas estandarizadas y procedimientos de medida estrechamente relacionados con el Capítulo V de la CIE-10 (tales como el SCAN y CIDI, ver página 288), han sido llevadas probablemente al límite de la tolerancia, tanto por parte de los pacientes como de los entrevistadores, y es difícil ver cómo puede desarrollarse más esa línea de investigación.

Neurosis y psicosis

Un hecho importante en las nuevas clasificaciones que sorprende a investigadores de muchos países es la ausencia de la clásica distinción entre psicosis o neurosis. Esta distinción se recogía en la CIE-9, pero con la advertencia de que eran términos más convenientes que precisos. En la CIE-10 esta distinción ha sido abandonada a favor del agrupamiento por características clínicas y temas, explicado anteriormente. Esto conlleva algunos problemas, pero resulta por lo menos más práctico. Definitivamente existen menos dificultades a tener en cuenta que cuando se manejan los problemas teóricos y conceptuales inherentes a la definición de psicosis y neurosis. Los intentos de ponerse de acuerdo en una definición de psicosis y neurosis que fuera suficientemente precisa para ser útil en la construcción de una clasificación, han sido normalmente frustrados por la introducción de términos complejos como "introspección" y "juicio de realidad", y por la implicación de mecanismos teóricos de defensa que están lejos de ser aceptados universalmente, incluso en las culturas donde han sido desarrollados. No obstante, a pesar de estos problemas, hay muchos clínicos que encuentran los conceptos de psicosis y neurosis útiles como términos descriptivos. Por consiguiente, han sido reconocidos en la CIE-10 conservándolos como adjetivos. La gran mayoría de los trastornos relacionados con el término de neurosis pueden encontrarse en la sección F4: "Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y trastornos somatomorfos", y la mayoría de los trastornos que hacen referencia a psicosis funcionales en la sección F2: "Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes". A continuación se muestra una orientación para el significado de psicótico: "Su uso no implica asunciones sobre mecanismos psicodinámicos, simplemente indica la presencia de alucinaciones, delirios o un número limitado de trastornos severos del comportamiento, como hiperactividad y excitación, inhibición psicomotriz marcada y comportamiento catatónico" (OMS, 1992).

Uso de los criterios diagnósticos

La idea de especificar criterios diagnósticos de investigación no es nueva (por ejemplo, Cooper 1967; Feighner *et al.* 1972; Spitzer *et al.* 1977), pero su uso en las clasificaciones globales es más reciente. La política de la OMS con respecto al Capítulo V de la CIE-10 (Sartorius, 1991) ha sido proporcionar "descripciones clínicas" para su uso psiquiátrico general (OMS, 1992) y un conjunto de criterios diagnósticos de investigación (OMS, 1993). Listar las características de un trastorno en términos comparativamente precisos proporciona algunas ventajas, aunque algunos problemas básicos de tales "criterios" todavía no han sido resueltos. Se requiere ahora un debate crítico sobre cuáles son las características propias de los criterios, dado que han estado apareciendo las listas de síntomas en los trabajos de investigación de la última década y se plantean problemas debido a su heterogeneidad. Bajo la etiqueta general de "criterios diagnósticos" pueden encontrarse, aparte de los síntomas y las alteraciones del comportamiento esperados, una serie de enunciados sobre la edad y el sexo del paciente, la duración de los

síntomas y del comportamiento, y las consecuencias personales y sociales del trastorno. Los enunciados sobre qué otros trastornos no deben estar presentes también son frecuentemente incluidos. Dicho de otra manera, lo que comúnmente se denominan criterios diagnósticos es un grupo mixto de enunciados, en los que algunos dan el diagnóstico del trastorno presente, algunos describen el tipo de paciente más frecuentemente encontrado, otros describen las consecuencias más frecuentes del trastorno y otros describen las prioridades relativas en la jerarquía de la importancia diagnóstica.

Probablemente podríamos aprender más sobre los puntos fuertes y débiles del diagnóstico psiquiátrico si por cada trastorno etiquetáramos claramente los diferentes tipos de información en vez de agruparlos. Una consecuencia útil de hacer esto sería conseguir un mayor acuerdo, en la medida de lo posible, sobre lo inadecuado que es incluir las consecuencias sociales de un trastorno entre los hechos que lo definen. Esto es particularmente importante en una clasificación internacional como la CIE-10, debido a que el entorno social de los individuos varía ampliamente de una cultura a otra. Los mismos síntomas y comportamiento son tolerados en una cultura y causan problemas importantes en otra, con lo que no es deseable que las decisiones diagnósticas estén determinadas por diferencias sociales y culturales.

Desarrollar la discusión en este sentido pone de relieve otra cuestión fundamental, aunque insuficientemente debatida: ¿cuál es la naturaleza de los objetos que se clasifican en las actuales clasificaciones psiquiátricas? Es fácil olvidar que sólo una pequeña proporción de los diagnósticos psiquiátricos se refiere a conceptos comparables a aquellos en los que se basa la Medicina general. Muchos diagnósticos psiquiátricos, tal y como se definen actualmente, no tienen correlación con alteraciones anatómicas o fisiológicas, y muchas (particularmente aquellas utilizadas en psiquiatría infantil y de la adolescencia) dependen para su reconocimiento de una compleja alteración de las emociones y del comportamiento en más de una persona.

Haciendo frente a la delicada tarea de poner algún orden en tal mezcla, no sorprende que los organizadores del Capítulo V de la CIE-10 (y de la DSM-III y DSM-III-R) decidieran utilizar el término "trastorno" para aquello que estaba siendo clasificado. Esto tiene la ventaja de evitar la necesidad de debatir el significado y utilidad de términos como "enfermedad" ("*disease*"), "padecimiento" ("*illness*") y "dolencia" ("*sickness*"), pero es equivalente a decir que una clasificación psiquiátrica debe incluir todo aquello que los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental quieran. En el Capítulo V de la CIE-10, "trastorno" se utiliza para "dar a entender la existencia de un conjunto de síntomas o comportamientos asociados en la mayoría de los casos a malestar y a interferencia con la vida del individuo" (OMS, 1992). Más ayuda se proporciona al efecto mediante la pauta "desviaciones sociales o conflictos aislados sin una disfunción personal no deben ser incluidos como trastorno mental en el sentido en que se ha definido aquí". El aumento de la utilidad clínica, resultado de una definición tan amplia, es compensado por una disminución de las características taxonómicas y científicas de la clasificación, aunque quizá esto es un reflejo justo del estado actual de la psiquiatría clínica.

Problemas de duración

Los recopiladores tanto de las descripciones clínicas como de los criterios de investigación hacen frente a muchos problemas frustrantes cuando intentan decidir qué especificar (si es que hay algo que especificar) acerca de cuánto se espera

que duren los trastornos. Los problemas tienden a ser de dos tipos: el más importante es el problema conceptual asociado a la naturaleza del concepto particular en cuestión —por ejemplo, cuánto tiene de agudo un “trastorno psicótico agudo” y cuándo se convierte en esquizofrenia u otro trastorno más duradero—. Estos y otros problemas de duración con respecto a la esquizofrenia son discutidos en “Notas sobre categorías seleccionadas en la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10” que acompañan al volumen de *Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico* (OMS, 1992, págs. 9-12). El segundo tipo de problemas es en lo que a la duración se refiere es inherente a la idea de criterio de investigación: aunque pueda parecer artificial desde un punto de vista clínico, es necesario con el propósito de comparar, elegir la duración de los síntomas y del comportamiento que tiene que ser alcanzada antes de considerar un trastorno como tal. Decisiones arbitrarias similares tienen que ser tomadas en lo referente a la duración de un episodio y a lo que constituye la remisión entre recaídas. Los clínicos pueden ver con interés las sugerencias hechas para la investigación, pero podría ser desacertado aplicarlas en el ámbito clínico con la misma rigidez que se requiere para los diferentes tipos de investigación. En la práctica clínica pueden ser necesarias decisiones urgentes que no hacen posible esperar a que se cumplan los criterios de duración adecuados para la investigación.

Necesidades especiales de la psiquiatría Infantil

El abandono de la distinción entre psicosis y neurosis como el principio clasificador más importante ha permitido una presentación mucho más satisfactoria de los trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia. Dos grandes secciones, F80-89 y F90-98, están ahora unidas a esos tópicos y contienen muchas categorías no asignadas, de las que habrá que ocuparse en desarrollos y cambios futuros.

La regla general en la CIE-10 es que los trastornos en otros lugares de la clasificación deben ser usados para niños y adolescentes cuando se ajustan al cuadro clínico, pero se admite que es apropiado especificar varias formas de ansiedad patológica y emociones relacionadas que ocurren sólo en niños. Por ejemplo, F93.1: Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia, y F93.2: Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia, se considera que ambos trastornos tienen un patrón y curso sintomático diferente del equivalente en los adultos. El estado de F93.8: Trastorno de ansiedad generalizada de la infancia, está menos claro, así que esta categoría sólo se localiza, de momento, en los criterios diagnósticos de investigación.

La naturaleza relativamente complicada y de interacción social de los trastornos de la infancia y la adolescencia ha sido ya señalada, pero el rango y la variedad de los comportamientos anormales vistos son escasos comparados con los trastornos de los adultos. Estas características dieron lugar a la producción de sistemas globales multiaxiales de descripción y clasificación para uso de los psiquiatras infantiles en el pasado. Sistemas similares centrados alrededor del Capítulo V de la CIE-10 se están preparando conjuntamente con otro para la evaluación de las personas con retraso mental.

Equivalencias entre las categorías del Capítulo V de la CIE-9 y la CIE-10

En la gran mayoría de casos las equivalencias indicadas en la tabla de conversión (páginas 271-289) están bastante claras. No obstante, dos tipos de problemas afectan a un número pequeño de categorías: el primero, debido a que hay más

categorías en la CIE-10 que en la CIE-9, y el segundo, porque las diferentes tradiciones clínicas de los diferentes centros y países pueden llevar a diferentes interpretaciones de los mismos términos y categorías.

Los problemas del primer tipo son evidentes por el número relativo de categorías opuestas a otras en la tabla, y son comentadas en las "Notas para los usuarios" situadas justo antes de la tabla. Los problemas del segundo tipo tendrán que ser resueltos por los usuarios mismos, dado que el espacio disponible no permite la inclusión de debates y comentarios que podrían estar justificados en documentos más amplios.

Referencias bibliográficas

- Cooper JE (1967): Diagnostic change in a longitudinal study of psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry* **113**: 129-142.
- Cooper JE (1988): The structure and presentation of contemporary Psychiatric classifications with special reference to ICD-9 and 10. In: Sartorius N, Jablensky JE, Cooper JE, Burke JD, (eds.): Psychiatric classifications in an international perspective: *British Journal of Psychiatry* **152**: Supplement 1, 21-28.
- Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Munoz R (1972): Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry* **26**: 57-63.
- Sartorius N (1991): The classification of mental disorders un the Tenth revision of the Internationan classification of diseases. *European Journal of Psychiatry* **6**: 315-322.
- Spitzer RL, Endicott J, Robins E (1977): Research diagnostic criteria (RDC) for a selected group of functional disorders (3rd edn). New York State Psychiatric Institute, New York.
- WHO (1992): The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva.
- WHO (1993): The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical criteria for research. World Health Organization, Geneva.

**Otros procesos de la CIE-10
frecuentemente asociados
con trastornos mentales
y del comportamiento**

Este apéndice contiene una lista de procesos que se incluyen en otros capítulos de la CIE-10, y que se encuentran frecuentemente asociados a trastornos del capítulo V (F). Se recogen aquí para que los psiquiatras que diagnostican siguiendo las *Descripciones clínicas y pautas diagnósticas* tengan a mano los términos y los códigos de la CIE que contemplan los diagnósticos que se presentan con mayor frecuencia en la práctica clínica diaria. La mayoría de los procesos recogidos aquí lo han sido con tres caracteres, y en algunos casos se han empleado los códigos de cuatro caracteres para los diagnósticos más frecuentes.

Capítulo I

Enfermedades infecciosas y parasitarias específicas (A00-B99)

A50 Sífilis congénita

A50.4 Neurosífilis congénita tardía (neurosífilis juvenil)

A52 Sífilis tardía

A52.1 Neurosífilis sintomática

Incluye: Tabes dorsalis

A81 Infecciones del sistema nervioso central por virus lentos

A81.0 Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob

A81.1 Panencefalitis esclerosante subaguda

A81.2 Leucoencefalopatía multifocal progresiva

B22 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con otras enfermedades específicas como consecuencia

B22.0 Enfermedad por VIH que conduce a encefalopatía

Incluye: Demencia por VIH

Capítulo II

Tumores (C00-D48)

C70.- Tumor meníngeo maligno

C71.- Tumor cerebral maligno

C72.- Tumor maligno de la médula espinal, nervios craneales y otras partes del sistema nervioso central

D33.- Tumor benigno cerebral y de otras partes del sistema nervioso central

D42.- Tumor meníngeo de naturaleza y evolución inciertas

D43.- Tumor del encéfalo y del sistema nervioso central de naturaleza y evolución inciertas

Capítulo IV

Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)

- E00.- Síndrome congénito por deficiencia de yodo**
- E01.- Trastornos tiroideos por deficiencia de yodo y afecciones relacionadas**
- E02 Hipotiroidismo subclínico por deficiencia de yodo**
- E03 Otros hipotiroidismos**
 - E03.2 Hipotiroidismo debido a medicamentos u otras sustancias exógenas
 - E03.5 Coma mixedematoso
- E05.- Tirotoxicosis (hipertiroidismo)**
- E15 Coma hipoglucémico no diabético**
- E22 Hiperfunción hipofisaria**
 - E22.0 Acromegalia y gigantismo hipofisario
 - E22.1 Hiperprolactinemia

Incluye: Hiperprolactinemia inducida por fármacos
- E23 Hipofunción y otros trastornos hipofisarios**
- E24 Síndrome de Cushing**
- E30 Trastornos de la pubertad no clasificados en otro lugar**
 - E30.0 Pubertad retardada
 - E30.1 Pubertad precoz
- E34 Otros trastornos endocrinos**
 - E34.3 Enanismo no clasificado en otro lugar
- E51 Deficiencia de tiamina**
 - E51.2 Encefalopatía de Wernicke
- E64.- Secuelas de desnutrición y otras deficiencias nutricionales**
- E66.- Obesidad**
- E70 Trastornos del metabolismo de los aminoácidos aromáticos**
 - E70.0 Fenilcetonuria clásica
- E71 Trastornos del metabolismo de los ácidos grasos y de los aminoácidos de cadena ramificada**
 - E71.0 Enfermedad de la orina de jarabe de arce
- E74.- Otros trastornos del metabolismo de los carbohidratos**
- E80.- Trastornos del metabolismo de las porfirinas y la bilirrubina**

Capítulo VI

Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)

G00.- Meningitis bacteriana no clasificada en otro lugar

Incluye: debidas a haemophilus, neumococo, estreptococo, estafilococo y otras meningitis bacterianas

G02.- Meningitis en otras enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otro lugar

G03.- Meningitis debida a otras causas y a causas no especificadas

G04.- Encefalitis, mielitis y encefalomielitis

G06 Abscesos y granulomas intracraneales e intrarraquídeos

G06.2 Absceso epidural y subdural no especificado

G10 Enfermedad de Huntington

G11.- Ataxia hereditaria

G20 Enfermedad de Parkinson

G21 Parkinsonismo secundario

G21.0 Síndrome neuroléptico maligno

G21.1 Parkinsonismo secundario debido a fármacos

G21.2 Parkinsonismo secundario debido a otros agentes externos

G21.3 Parkinsonismo postencefalítico

G24 Distonía

Incluye: Discinesia

G24.0 Distonía inducida por fármacos

G24.3 Tortícolis espasmódica

G24.8 Otras distonías

Incluye: Discinesia tardía

G25.- Otros trastornos extrapiramidales y del movimiento

Incluye: Síndrome de piernas inquietas, temblor inducido por fármacos, mioclonías, corea, tics

G30 Enfermedad de Alzheimer

G30.0 Enfermedad de Alzheimer de comienzo temprano

G30.1 Enfermedad de Alzheimer de comienzo tardío

G30.8 Otra enfermedad de Alzheimer

G30.9 Enfermedad de Alzheimer sin especificar

G31 Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso central no clasificadas en otro lugar

G31.0 Atrofia cerebral circunscrita

Incluye: Enfermedad de Pick

G31.1 Degeneración cerebral senil no clasificada en otro lugar

G31.2 Degeneración del sistema nervioso debida a alcohol no clasificada en otro lugar

Incluye: Ataxia cerebelosa alcohólica, degeneración cerebral alcohólica, encefalopatía alcohólica, disfunción del sistema nervioso autónomo debida a alcohol

G31.8 Otras enfermedades degenerativas especificadas del sistema nervioso central

Incluye: Encefalopatía subaguda necrotizante (enfermedad de Leigh) y degeneración de la sustancia gris (enfermedad de Alpers)

G31.9 Enfermedad degenerativa del sistema nervioso central sin especificar

G32.- Otros trastornos del sistema nervioso en enfermedades clasificadas en otro lugar

G35 Esclerosis múltiple

G37 Otras enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central

G37.0 Esclerosis difusa

Incluye: Encefalitis periaxial, enfermedad de Schilder

G40 Epilepsia

G40.0 Epilepsia idiopática y síndromes epilépticos con localización precisa (focal, parcial) y con convulsiones de presentación localizada

Incluye: Epilepsia benigna de la infancia con descargas centrotemporales o paroxismos occipitales en el EEG

G40.1 Epilepsia sintomática localizada (focal, parcial) y síndromes epilépticos con crisis parciales simples

Incluye: Ataques sin alteración de la conciencia

G40.2 Epilepsia sintomática localizada (focal, parcial) y síndromes epilépticos con crisis parciales complejas

Incluye: Ataques con alteración de la conciencia, frecuentemente con automatismos

G40.3 Epilepsia generalizada idiopática y síndromes epilépticos

G40.4 Otras epilepsias y síndromes epilépticos idiopáticos generalizados

Incluye: Convulsión en zalemo

G40.5 Síndromes epilépticos especiales

Incluye: Crisis epilépticas relacionadas con el alcohol, fármacos o privación de sueño

G40.6 Crisis de "gran mal" sin especificar (con o sin "pequeño mal")

G40.7 "Pequeño mal" sin especificar y sin crisis de "gran mal"

G41.- Estatus epiléptico

G43.- Migraña

G44.- Otros síndromes de cefalea

G45.- Ataques de isquemia cerebral transitoria y síndromes relacionados

G47 Trastornos del sueño

G47.2 Trastornos del ritmo sueño-vigilia

G47.3 Apnea del sueño

G47.4 Narcolepsia y cataplejía

G70 Miastenia gravis y otros trastornos mioneurales

G70.0 Miastenia gravis

G91.- Hidrocefalia**G92 Encefalopatía tóxica****G93 Otros trastornos cerebrales**

G93.1 Lesión cerebral anóxica no clasificada en otro lugar

G93.3 Síndrome de fatiga postviral

Incluye: Encefalomyelitis miálgica benigna

G93.4 Encefalopatía sin especificar

G97 Trastornos posteriores a cirugía y a otros procedimientos del sistema nervioso no clasificados en otro lugar

G97.0 Pérdida de líquido cefalorraquídeo después de punción lumbar

Capítulo VII**Enfermedades del ojo y sus anejos (H00-H59)**

H40 Glaucoma

H40.6 Glaucoma secundario a fármacos

Capítulo VIII**Enfermedades del oído y de la apófisis mastoidea (H60-H95)**

H93 Otros trastornos del oído no clasificados en otro lugar

H93.1 Tinnitus

Capítulo IX**Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)**

I10 Hipertensión esencial (primaria)**I60.- Hemorragia subaracnoidea****I61.- Hemorragia intracerebral**

I62 Otras hemorragias intracraneales no traumáticas

I62.0 Hemorragia subdural (aguda, no traumática)

I62.1 Hemorragia extradural no traumática

I63.- Infarto cerebral**I64 Ictus no especificado como hemorragia o infarto****I65.- Oclusión y estenosis de las arterias precerebrales sin infarto cerebral****I66.- Oclusión y estenosis de las arterias cerebrales sin infarto cerebral****I67 Otras enfermedades cerebrovasculares**

I67.2 Arteriosclerosis cerebral

I67.3 Leucoencefalopatía vascular progresiva

Incluye: Enfermedad de Binswanger

I67.4 Encefalopatía hipertensiva

I69.- Secuelas de enfermedades cerebrovasculares**I95 Hipotensión**

I95.2 Hipotensión debida a fármacos

Capítulo X**Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)****J10 Influenza debida al virus de la Influenza**

J10.8 Influenza con otras manifestaciones, virus de la influenza identificado

J11 Influenza sin virus identificado

J11.8 Influenza con otras manifestaciones, sin virus identificado

J42 Bronquitis crónica sin especificar**J43.- Enfisema****J45.- Asma****Capítulo XI****Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)****K25 Úlcera gástrica****K26 Úlcera duodenal**

K27 Úlcera péptica sin localización específica

K29 Gastritis y duodenitis

K29.2 Gastritis alcohólica

K30 Dispepsia

K58.- Síndrome del colon irritable

K59.- Otros trastornos funcionales intestinales

K70.- Enfermedad hepática alcohólica

K71.- Enfermedad hepática tóxica

Incluye: Enfermedad hepática inducida por fármacos

K86 Otras enfermedades del páncreas

K86.0 Pancreatitis crónica inducida por alcohol

Capítulo XII

Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)

L20.- Dermatitis atópica

L98 Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo no clasificados en otro lugar

L98.1 Dermatitis facticia

Incluye: Excoriación neurótica

Capítulo XIII

Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)

M32.- Lupus eritematoso sistémico

M54.- Dorsalgia

Capítulo XIV

Enfermedades del aparato genitourinario (N00-N99)

N48 Otros trastornos del pene

N48.3 Priapismo

N48.4 Impotencia de origen orgánico

N91.- Menstruación ausente, escasa o rara**N94 Dolor y otras afecciones asociadas a los órganos genitales femeninos y al ciclo menstrual**

- N94.3 Síndrome de tensión premenstrual
- N94.4 Dismenorrea primaria
- N94.5 Dismenorrea secundaria
- N94.6 Dismenorrea sin especificar

N95 Trastornos de la menopausia y otras afecciones perimenopáusicas

- N95.1 Estados menopáusicos y climáticos femeninos
- N95.3 Estados asociados con la menopausia artificial

Capítulo XV**Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)****O04 Aborto médico****O35 Atención materna motivada por anomalía o daño fetal confirmado o supuesto**

- O35.4 Atención materna por (sospecha de) daño fetal debido a alcohol
- O35.5 Atención materna por (sospecha de) daño fetal por fármacos

O99 Otra enfermedad materna clasificable en otro lugar pero que complica el embarazo, parto o puerperio

- O99.3 Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, parto o puerperio

Incluye: Afecciones en F00-F99 y G00-G99

Capítulo XVII**Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)****Q02 Microcefalia****Q03.- Hidrocefalia congénita****Q04.- Otras malformaciones congénitas del cerebro****Q05.- Espina bífida****Q75.- Otras malformaciones congénitas de los huesos del cráneo y de la cara****Q85 Facomatosis no clasificadas en otro lugar**

- Q85.0 Neurofibromatosis
- Q85.1 Esclerosis tuberosa

Q86 Síndromes con malformaciones congénitas debidas a causas exógenas conocidas no clasificadas en otro lugar

Q86.0 Síndrome (dismórfico) de alcohol en el feto

Q90 Síndrome de Down

Q90.0 Trisomía 21, falta de disyunción meiótica

Q90.1 Trisomía 21, mosaicismo (falta de disyunción mitótica)

Q90.2 Trisomía 21, traslocación

Q90.9 Síndrome de Down sin especificar

Q91.- Síndromes de Edwards y de Patau**Q93 Monosomías y deleciones autosómicas no clasificadas en otro lugar**

Q93.4 Deleción del brazo corto del cromosoma 5

Incluye: Síndrome de cri-du-chat**Q96.- Síndrome de Turner****Q97.- Otras anomalías de los cromosomas sexuales fenotipo femenino no clasificadas en otro lugar****Q98 Otras anomalías de los cromosomas sexuales fenotipo masculino no clasificadas en otro lugar**

Q98.0 Síndrome de Klinefelter cariotipo 47 XXY

Q98.1 Síndrome de Klinefelter, varón con más de dos cromosomas X

Q98.2 Síndrome de Klinefelter, varón con cariotipo 46 XX

Q98.4 Síndrome de Klinefelter sin especificar

Q99.- Otras anomalías cromosómicas no clasificadas en otro lugar

Capítulo XVIII**Síntomas, signos y anomalías clínicas y de laboratorio no clasificados en otro lugar (R00-R99)****R55 Síncope y colapso****R56 Convulsiones no clasificadas en otro lugar**

R56.0 Convulsiones febriles

R56.8 Otras convulsiones y convulsiones sin especificar

R62 Falta del desarrollo fisiológico normal esperado

R62.0 Retraso del desarrollo fisiológico

R62.8 Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado

R62.9 Falta del desarrollo fisiológico normal esperado sin especificar

R63 Síntomas y signos relacionados con la alimentación y la ingesta de líquidos

R63.0 Anorexia

R63.1 Polidipsia

R63.4 Pérdida anormal de peso

R63.5 Ganancia anormal de peso

R78.- Hallazgo de drogas y otras sustancias que normalmente no se encuentran en sangre

Incluye: alcohol (R78.0), opiáceos (R78.1), cocaína (R78.2), alucinógenos (R78.3), fármacos con capacidad de adicción (R78.4), drogas psicotrópicas (R78.5), niveles anormales de litio (R78.8)

R83 Hallazgos anormales en el líquido cefalorraquídeo**R90.- Hallazgos anormales en el diagnóstico por imagen del sistema nervioso central****R94 Resultados anormales en estudios funcionales**

R94.0 Resultados anormales en estudios funcionales del sistema nervioso central

Incluye: EEG anormal

Capítulo XIX**Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (S00-T98)****S06 Traumatismo intracraneal**

- S06.0 Conmoción
- S06.1 Edema cerebral traumático
- S06.2 Traumatismo cerebral difuso
- S06.3 Traumatismo cerebral focal
- S06.4 Hemorragia epidural
- S06.5 Hemorragia subdural traumática
- S06.6 Hemorragia subaracnoidea traumática
- S06.7 Traumatismo intracraneal con coma prolongado

Capítulo XX**Causas externas de mortalidad y morbilidad (V01-Y98)****Autolesiones intencionales (X60-X84)**

Incluye: Envenenamiento o daño autoinflingido y suicidio

X60 Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por analgésicos no opiáceos, antipiréticos o antirreumáticos**X61 Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por fármacos antiepilepticos, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianos y psicotrópicos no clasificados en otro lugar**

Incluye: antidepresivos, barbitúricos, neurolepticos, psicoestimulantes

X62 Envenenamiento intencional autoinflingido por narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otro lugar

Incluye: Cannabis (y derivados), cocaína, codeína, heroína, lisérgida (LSD), mescalina, metadona, morfina, opio (alcaloides)

- X63 Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por otros fármacos que actúan sobre el sistema nervioso autónomo**
- X64 Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por otras drogas, fármacos o productos biológicos**
- X65 Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por alcohol**
- X66 Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por solventes orgánicos, hidrocarburos halogenados o a sus vapores**
- X67 Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por exposición a otros gases y vapores**
Incluye: Monóxido de carbono, gas ciudad
- X68 Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por pesticidas**
- X69 Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por otras sustancias químicas o nocivas no especificadas**
Incluye: Aromáticos corrosivos, ácidos y álcalis cáusticos
- X70 Daño intencionalmente autoinflingido por ahorcamiento, estrangulación o sofocación**
- X71 Daño intencionalmente autoinflingido por ahogamiento e inmersión**
- X72 Daño intencionalmente autoinflingido por disparo de arma corta**
- X73 Daño intencionalmente autoinflingido por disparo de rifles, escopetas o arma larga**
- X74 Daño intencionalmente autoinflingido por otras armas de fuego**
- X75 Daño intencionalmente autoinflingido por material explosivo**
- X76 Daño intencionalmente autoinflingido por fuego y llamas**
- X77 Daño intencionalmente autoinflingido por vapor de agua, vapores u objetos calientes**
- X78 Daño intencionalmente autoinflingido por un objeto cortante**
- X79 Daño intencionalmente autoinflingido por objetos romos**
- X80 Daño intencionalmente autoinflingido por salto desde un lugar elevado**
- X81 Daño intencionalmente autoinflingido por arrojar o tenderse ante un objeto en movimiento**
- X82 Daño intencionalmente autoinflingido por choque con vehículo de motor**

X83 Daño Intencionalmente autoinfligido por otros medios específicos

Incluye: Choque con aeronaves, electrocución o sustancias cáusticas (excepto envenenamiento)

X84 Daño Intencionalmente autoinfligido por medios inespecíficos

Agresiones (X85-Y09)

Incluye: Homicidio, daños infligidos por otras personas con intención de dañar o matar

X93 Agresión con disparo de arma corta

X99 Agresión con objeto cortante

Y00 Agresión con objetos romos

Y04 Agresión con la fuerza corporal

Y05 Agresión sexual con la fuerza corporal

Y06.- Negligencia y abandono

Y07.- Otros síndromes de malos tratos

Incluye: malos tratos psíquicos, abuso físico, abuso sexual, tortura

Drogas, medicamentos y sustancias biológicas que causan efectos adversos en su uso terapéutico (Y40-Y59)

Y46 Antiepilepticos y antiparkinsonianos

Y46.7 Fármacos antiparkinsonianos

Y47.- Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos

Y49 Psicotrópicos no clasificados en otro lugar

Y49.0 Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos

Y49.1 Antidepresivos inhibidores de la monoaminooxidasa

Y49.2 Otros antidepresivos y antidepresivos no especificados

Y49.3 Antipsicóticos derivados de las fenotiacinas

Y49.4 Antipsicóticos derivados de las butirofenonas y tioxantenos

Y49.5 Otros antipsicóticos y neurolepticos

Y49.6 Psicodislépticos (alucinógenos)

Y49.7 Psicoestimulantes con potencial adictivo

Y49.8 Otros psicotrópicos no clasificados en otro lugar

Y49.9 Fármacos psicotrópicos no especificados

Y50.- Estimulantes del sistema nervioso central no clasificados en otro lugar

Y51.- Fármacos que afectan principalmente al sistema nervioso autónomo

Y57.- Otros fármacos y drogas sin especificar

Capítulo XXI

Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)

Z00 Examen general e Investigación de personas sin queja o diagnóstico informado

Z00.4 Examen psiquiátrico general no clasificado en otro lugar

Z02 Exámenes y contactos para fines administrativos

Z02.3 Examen para reclutamiento de las fuerzas armadas

Z02.4 Examen para obtener el carnet de conducir

Z02.6 Exámenes para fines de seguros

Z02.7 Expedición de certificado médico

Z03 Observación y evaluación médica por sospecha de enfermedades o afecciones

Z03.2 Observación por sospecha de trastorno mental o del comportamiento

Incluye: Observación por comportamiento disocial, incendiar, pertenencia a una banda y robo en tiendas sin manifestación de trastorno psiquiátrico

Z04 Examen y observación por otras razones

Incluye: Examen por razones medicolegales

Z04.6 Examen psiquiátrico general solicitado por una autoridad

Z50 Atención que incluye el uso de procedimientos de rehabilitación

Z50.2 Rehabilitación de alcohólicos

Z50.3 Rehabilitación de drogadictos

Z50.4 Psicoterapia no clasificada en otro lugar

Z50.7 Terapia ocupacional y rehabilitación vocacional no clasificadas en otro lugar

Z50.8 Atención que incluye el uso de otros procedimientos de rehabilitación

Incluye: Rehabilitación del tabaquismo, entrenamiento en actividades de la vida diaria (AVD)

Z54 Convalecencia

Z54.3 Convalecencia posterior a psicoterapia

Z55.- Problemas relacionados con la educación y la alfabetización

Z56.- Problemas relacionados con el empleo y desempleo

Z59.- Problemas relacionados con la vivienda y las condiciones económicas

Z60 Problemas relacionados con el ambiente social

Z60.0 Problemas de ajuste a las transiciones de los ciclos vitales

Z60.1 Situaciones familiares atípicas

Z60.2 Vivir solo

- Z60.3 Dificultades en la adaptación cultural
- Z60.4 Exclusión y rechazo social
- Z60.5 Ser blanco de discriminación adversa y persecución
- Z60.8 Otros problemas específicos relacionados con el ambiente social

Z61 Problemas relacionados con acontecimientos vitales negativos en la infancia

- Z61.0 Pérdida de relaciones afectivas en la infancia
- Z61.1 Cambio de domicilio en la niñez
- Z61.2 Patrones de relaciones familiares alterados en la infancia
- Z61.3 Hechos conducentes a la pérdida de la autoestima en la niñez
- Z61.4 Problemas relacionados con presunto abuso sexual del niño por una persona dentro del grupo de apoyo primario
- Z61.5 Problemas relacionados con presunto abuso sexual del niño por una persona no perteneciente al grupo de apoyo primario
- Z61.6 Problemas relacionados con presunto abuso físico del niño
- Z61.7 Experiencias personales atemorizantes en la niñez
- Z61.8 Otras experiencias negativas en la niñez

Z62 Otros problemas relacionados con la crianza

- Z62.0 Supervisión y control inadecuados por parte de los padres
- Z62.1 Sobreprotección parental
- Z62.2 Crianza en una institución
- Z62.3 Hostigamiento y acusación de culpabilidad al niño
- Z62.4 Abandono emocional del niño
- Z62.5 Otros problemas relacionados con la negligencia en la crianza del niño
- Z62.6 Presiones inapropiadas de los padres y otras anormalidades en la crianza
- Z62.8 Otros problemas específicos relacionados con la crianza

Z63 Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario, incluidas las circunstancias familiares

- Z63.0 Problemas de relación entre esposos o con la pareja
- Z63.1 Problemas relacionados con los padres o familia política
- Z63.2 Soporte familiar inadecuado
- Z63.3 Ausencia de un miembro de la familia
- Z63.4 Desaparición o muerte de un miembro de la familia
- Z63.5 Ruptura familiar por separación o divorcio
- Z63.6 Familiar dependiente necesitado de cuidados en el medio familiar
- Z63.7 Otros acontecimientos vitales estresantes que afectan a la familia o al hogar
- Z63.8 Otros problemas específicos relacionados con el grupo de apoyo primario

Z64 Problemas relacionados con determinadas circunstancias psicosociales

- Z64.0 Problemas relacionados con el embarazo no deseado
- Z64.2 Búsqueda y aceptación de intervenciones físicas, nutricionales o químicas aun a sabiendas de sus riesgos y peligros
- Z64.3 Búsqueda y aceptación de intervenciones psicológicas aun a sabiendas de sus riesgos y peligros
- Z64.4 Desacuerdo con los consejeros

Incluye: Supervisores de libertad provisional, trabajadores sociales

Z65 Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales

- Z65.0 Culpabilidad en procedimientos civiles o criminales sin prisión
- Z65.1 Pena de cárcel u otra privación de libertad
- Z65.2 Problemas relacionados con la puesta en libertad desde la prisión
- Z65.3 Problemas relacionados con otros problemas legales
- Incluye:* Arresto, custodia y mantenimiento de niños
- Z65.4 Víctima de terrorismo o crímenes (incluyendo tortura)
- Z65.5 Exposición a desastres, guerras u otras hostilidades

Z70 Consejo relacionado con la actitud, orientación o comportamiento sexual**Z71 Personas que se encuentran en los servicios de salud para otro tipo de consejo o recomendación médica no clasificados en otro lugar**

- Z71.4 Consejo y supervisión por abuso de alcohol
- Z71.5 Consejo y supervisión por abuso de drogas
- Z71.6 Consejo por tabaquismo

Z72 Problemas relacionados con el estilo de vida

- Z72.0 Uso de tabaco
- Z72.1 Uso de alcohol
- Z72.2 Uso de drogas
- Z72.3 Ausencia de ejercicio físico
- Z72.4 Hábitos dietéticos y alimentarios inadecuados
- Z72.5 Conducta sexual de alto riesgo
- Z72.6 Jugar o apostar
- Z72.8 Otros problemas relacionados con el estilo de vida

Incluye: Comportamiento autolesivo

Z73 Problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida

- Z73.0 Agotamiento ("burnout")
- Z73.1 Acentuación de rasgos de personalidad
- Incluye:* Patrón de conducta tipo A
- Z73.2 Falta de relajación u ocio
- Z73.3 Estrés no clasificado en otro lugar
- Z73.4 Habilidades sociales inadecuadas no clasificadas en otro lugar
- Z73.5 Conflicto en el papel social no clasificado en otro lugar

Z75 Problemas relacionados con los servicios médicos y otro tipo de atención

- Z75.1 Persona que aguarda la admisión en un servicio adecuado
- Z75.2 Período de espera para evaluación y tratamiento
- Z75.5 Cuidado durante vacaciones

Z76 Personas que entran en contacto con los servicios de salud en otras circunstancias

- Z76.0 Repetición de recetas
- Z76.5 Simulación

Incluye: Personas que fingen una enfermedad con una motivación evidente

Z81 Historia familiar de trastornos mentales y del comportamiento

- Z81.0 Historia familiar de retraso mental
- Z81.1 Historia familiar de abuso de alcohol
- Z81.3 Historia familiar de abuso de otro tipo de sustancias psicotrópicas
- Z81.9 Historia familiar de otro trastorno mental o del comportamiento

Z82 Historia familiar de determinado tipo de discapacidades o de enfermedades crónicas incapacitantes

- Z82.0 Historia familiar de epilepsia y otras enfermedades del sistema nervioso

Z85.- Historia personal de neoplasias malignas**Z86 Historia personal de otro tipo de enfermedades**

- Z86.0 Historia personal de otras neoplasias
- Z86.4 Historia personal de abuso de sustancias psicotrópicas
- Z86.5 Historia personal de otros trastornos mentales o del comportamiento
- Z86.6 Historia personal de enfermedades del sistema nervioso y los órganos de los sentidos

Z87 Historia personal de otras enfermedades y afecciones

- Z87.7 Historia personal de malformaciones congénitas, deformaciones o anomalías cromosómicas

Z91 Historia personal de factores de riesgo no clasificados en otro lugar

- Z91.1 Historia personal de incumplimiento del tratamiento médico o del régimen alimentario
 - Z91.4 Historia personal de trauma psicológico no especificado en otro lugar
 - Z91.5 Historia personal de autolesión
- Incluye:* Parasuicidio, autoenvenenamiento, intento de suicidio

**Tabla de equivalencias
entre el Capítulo V de la CIE-9
(trastornos mentales)
y el Capítulo V de la CIE-10
(trastornos mentales
y del comportamiento)**

Notas para los usuarios

En la columna de la izquierda (CIE-9) algunos términos que están incluidos en las categorías están escritos en cursiva. La columna de la derecha muestra su equivalente (o el equivalente más próximo) de la CIE-10.

El Capítulo V de la CIE-10 contiene más categorías que aquel de la CIE-9, así que un código de la CIE-9 puede tener varias correspondencias en la CIE-10. Si existe información añadida al código de la CIE se puede indicar el equivalente exacto de la CIE-10, pero si no tenemos la información debe utilizarse el primer código de la CIE-10 que aparece en la lista. Por ejemplo, el código 290.1 de la CIE-9, Demencia presenil, puede ir acompañado de una información adicional que indica que el equivalente de la CIE-10 es F02.0, Enfermedad de Pick. Sin embargo, si sólo el código y/o el título están disponibles, entonces F00.0, Demencia en la enfermedad de Alzheimer, inicio precoz, debe ser utilizado, ya que este es el tipo más frecuente de demencia presenil.

Agradecimientos

Esta tabla de conversión se basa en una serie de tablas de conversión entre la CIE-8, CIE-9 y CIE-10 que fueron diseñadas por la División de Salud Mental, OMS, Ginebra, por el Dr. J. van Drimmelen (Documento interno referencia OMS/MNH 92:16), con la asistencia y ayuda de Mr. A. L'Hours (ayudante técnico: Consolidación de los servicios Epidemiológicos y Estadísticos, OMS), Dr. A. Bertelsen (Director del Centro de Coordinación de Ensayos de Campo, Aarhus) y los directores de los demás Centros de Coordinación citados en las publicaciones de la OMS incluidas en los DCPD y en el CDI-10 del Capítulo V de la CIE-10 (OMS, 1992; OMS, 1993).

CIE-9	CIE-10
290 Psicosis orgánica senil y presenil	
290.0 Demencia senil, tipo simple	F00.1* Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío (G30.1+)
290.1 Demencia presenil <i>Demencia en:</i> • Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob • Enfermedad de Pick	F00.0* Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz (G30.0+) F02.1* Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (A81.0+) F02.2* Demencia en la enfermedad de Pick (G31.0+)
290.2 Demencia senil de tipo depresivo o paranoide	F00.1* Demencia en la enfermedad de Alzheimer de comienzo tardío .13 Con otros síntomas predominantemente depresivos .11 Con otros síntomas predominantemente delirantes F00.2* Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta (G30.8+) .23 Con otros síntomas predominantemente depresivos .21 Con otros síntomas predominantemente delirantes

CIE-9	CIE-10
290.3 Demencia senil con estado confusional agudo	<i>Utilizar dos códigos:</i> F05.1 Delirium superpuesto a demencia <i>Y además:</i> F00.1* Demencia en la enfermedad de Alzheimer de comienzo tardío (G31.1+) o F00.2* Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta (F30.8+)
290.4 Demencia arterioesclerótica	F01.1 Demencia multiinfarto F01.0 Demencia vascular de inicio agudo F01.2 Demencia vascular subcortical F01.3 Demencia vascular mixta cortical y subcortical F01.8 Otras demencias vasculares
290.8 Otras	F00.24 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta con otros síntomas mixtos F01.8 Otras demencias vasculares F02.8 Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar
290.9 No especificado	F03 Demencia no especificada
291 Psicosis alcohólicas	
291.0 Delirium tremens	F10.4 Síndrome de abstinencia con delirium debido al alcohol
291.1 Psicosis alcohólica de Korsakov	F10.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol
291.2 Otras demencias alcohólicas	F10.73 Demencia inducida por alcohol
291.3 Otras alucinosis alcohólicas	F10.52 Trastorno psicótico inducido por alcohol con predominio de alucinaciones
291.4 Embriaguez patológica	F10.07 Intoxicación patológica
291.5 Celotipia alcohólica	F10.51 Trastorno psicótico inducido por alcohol con predominio de las ideas delirantes
291.8 Otras psicosis alcohólicas	F10.8 Otros trastornos mentales y del comportamiento inducidos por alcohol F10.56 Trastorno psicótico mixto inducido por alcohol F10.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol
<i>Síndrome de abstinencia alcohólica</i>	F10.3 Síndrome de abstinencia alcohólica
291.9 No especificado	F10.9 Trastorno mental y del comportamiento inducido por alcohol sin especificar F10.55 Trastorno psicótico inducido por alcohol con predominio de síntomas maniacos
• Manía alcohólica sin especificar	

CIE-9		CIE-10	
	• Psicosis alcohólica sin especificar	F10.56	Trastorno psicótico mixto inducido por alcohol
292	Psicosis inducidas por drogas		
292.0	Síndrome de abstinencia a drogas	F1x.3	Síndrome de abstinencia inducido por sustancias psicotropas
		F1x.4	Síndrome de abstinencia con delirium inducido por sustancias psicotropas
292.1	Estado paranoide y/o alucinatorio inducido por drogas	F1x.5	Trastorno psicótico inducido por sustancias psicotropas
		.51	Con predominio de las ideas delirantes
		.52	Con predominio de las alucinaciones
292.2	Intoxicación patológica por drogas	F1x.07	Intoxicación patológica inducida por sustancias psicotropas
292.8	Otros	F1x.5	Trastorno psicótico inducido por sustancias psicotropas
		.50	Esquizofreniforme
		.53	Con predominio de síntomas polimorfos
		.54	Con predominio de síntomas depresivos
		.55	Con predominio de síntomas maníacos
		.56	Mixto
		F1x.7	Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por sustancias psicotropas
292.9	No especificado	F1x.9	Trastorno mental y del comportamiento inducido por sustancias psicotropas sin especificar
293	Psicosis orgánica transitoria		
293.0	Estado confusional agudo	F05.0	Delirium no superpuesto a demencia
		Considerar también:	
		F05.8	Otros deliriums
		F05.9	Delirium sin especificar
293.0	<i>Estado crepuscular epiléptico</i>	F06.5	Trastorno disociativo orgánico
293.1	Estado confusional subagudo	F05.8	Otros deliriums
		Considerar también:	
		F05.0	Delirium no superpuesto a demencia
		F05.9	Delirium sin especificar
293.8	Otros	F06.8	Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática
		F06.0	Alucinosis orgánica
		F06.1	Trastorno catatónico orgánico

CIE-9		CIE-10	
		F06.2	Trastornos delirantes orgánicos
		F06.3	Trastornos afectivos orgánicos
293.9	Sin especificar	F06.9	Trastornos mentales y del comportamiento debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática, sin especificar
		F05.9	Delirium sin especificar
		F09	Trastorno mental orgánico o sintomático no especificado
294	Otras psicosis orgánicas (crónicas)		
294.0	Psicosis o síndrome de Korsakov (no alcohólica)	F04	Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas
		F1x.6	Síndrome amnésico inducido por sustancias psicotropas diferentes del alcohol
294.1	Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar	F02.*	Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar
294.8	Otros	F06.0	Alucinosis orgánica
		F06.1	Trastorno catatónico orgánico
		F06.2	Trastorno delirante orgánico
		F06.3	Trastorno afectivo orgánico
		F06.8	Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad orgánica
294.9	No especificado	F06.9	Trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad orgánica, sin especificar
		F09	Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificar
295	Psicosis esquizofrénicas		
295.0	Tipo simple	F20.6	Esquizofrenia simple
295.1	Tipo hebefrénico	F20.1	Esquizofrenia hebefrénica
295.2	Tipo catatónico	F20.2	Esquizofrenia catatónica
295.3	Tipo paranoide	F20.0	Esquizofrenia paranoide
295.4	Episodio agudo esquizofrénico	F23.2	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
		F23.1	Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia
		F20.8	Otras esquizofrenias
295.5	Esquizofrenia latente	F21	Trastorno esquizotípico
295.6	Esquizofrenia residual	F20.5	Esquizofrenia residual
295.7	Tipo esquizoafectivo	F25.-	Trastornos esquizoafectivos
295.8	Otros	F20.8	Otras esquizofrenias

CIE-9		CIE-10	
295.9	No especificado <i>Reacción esquizofrénica</i> <i>Psicosis esquizofreniforme sin especificación</i>	F20.9	Esquizofrenia sin especificar
		F23.2	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
		F23.1	Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia
		<i>Considerar también:</i>	
		F20.8	Otras esquizofrenias
296 Psicosis afectivas			
296.0	Psicosis maniaco-depresiva, tipo maniaco	F30.-	Episodio maniaco (episodio único)
		F31.1	Trastorno bipolar episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos
		F31.2	Trastorno bipolar episodio actual maniaco con síntomas psicóticos
		F31.8	Otros trastornos bipolares
296.1	Psicosis maniaco-depresiva, tipo depresivo	F32.11	Episodio depresivo moderado con síntomas somáticos
		F32.2 } F32.3 }	Episodios depresivos severos de cualquier tipo
		F33.11	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado con síntomas somáticos
		F33.2 } F33.3 }	Trastorno depresivo recurrente, episodio severo de cualquier tipo
296.2	Psicosis maniaco-depresiva cíclica, actualmente maniaca	F31.0	Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco
		F31.1	Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos
		F31.2	Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos
296.3	Psicosis maniaco-depresiva cíclica actualmente depresiva	F31.3	Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado
		F31.4	Trastorno bipolar, episodio actual severo sin síntomas psicóticos
		F31.5	Trastorno bipolar, episodio actual depresivo con síntomas psicóticos
296.4	Psicosis maniaco-depresiva de tipo cíclico mixto	F31.6	Trastorno bipolar, episodio actual mixto
		F38.00	Episodio afectivo mixto (único)
296.5	Psicosis maniaco-depresiva de tipo cíclico, episodio actual no especificado	F31.9	Trastorno bipolar sin especificar
296.6	Psicosis maniaco-depresiva, otras y no especificada	F31.8	Otros trastornos bipolares
		F31.9	Trastorno bipolar sin especificar
296.8	Otros	F30.8	Otros episodios maníacos
		F31.8	Otros trastornos bipolares
		F32.8	Otros episodios depresivos
		F33.8	Otros trastornos depresivos recurrentes
		F38.8	Otros trastornos afectivos
296.9	No especificado	F39	Trastorno afectivo sin especificar

CIE-9		CIE-10	
297	Estados paranoides		
297.0	Estado paranoide simple	F22.0	Trastorno delirante
297.1	Paranoia	F22.0	Trastorno delirante
297.2	Parafrenia <i>Estado paranoide involutivo</i>	F22.0	Trastorno delirante
		F22.8	Otros trastornos delirantes persistentes
297.3	Psicosis inducidas	F24	Trastorno delirante inducido
297.8	Otros	F22.8	Otros trastornos delirantes persistentes
	<i>Sensitiver Beziehungswahn</i>	F22.0	Trastornos delirantes
297.9	No especificado	F22.0	Trastorno delirante persistente sin especificación
298	Otras psicosis no orgánicas		
298.0	De tipo depresivo	F32.11	Episodio depresivo moderado con síntomas somáticos
		F32.2 } F32.3 }	Episodio depresivo grave, todos los tipos
		F33.11	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado con síntomas somáticos
		F33.2 } F33.3 }	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave, todos los tipos
298.1	De tipo excitativo	F23.81	Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios, con estrés agudo asociado
		F30.-	Episodio maniaco
298.2	Confusión reactiva	F23.01	Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia, con estrés agudo asociado
		F23.81	Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios, sin estrés agudo asociado
298.3	Reacción paranoide aguda	F23.31	Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes, sin estrés agudo
298.4	Psicosis psicógena paranoide	F23.31	Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes, con estrés agudo asociado
		F22.0	Trastorno delirante
		F22.8	Otros trastornos delirantes persistentes
		F24	Trastorno delirante inducido
298.8	Otras psicosis reactivas y no especificadas	F23.81	Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios, con estrés agudo asociado
		F23.91	Trastorno psicótico agudo y transitorio, con estrés agudo asociado sin especificar

CIE-9		CIE-10	
298.9	Psicosis no especificada	F29	Psicosis no orgánica sin especificación
		F99	Trastorno mental sin especificación
299	Psicosis de inicio específico en la infancia		
299.0	Autismo infantil	F84.0	Autismo infantil
		F84.1	Autismo atípico
		F84.2	Síndrome de Rett
299.1	Psicosis desintegrativa	F84.3	Otro trastorno desintegrativo de la infancia
299.8	Otras	F84.5	Síndrome de Asperger
		F84.8	Otro trastorno generalizado del desarrollo
299.9	No especificado	F84.9	Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación
	<i>Esquizofrenia infantil</i>	F20.8	Otras esquizofrenias
300	Trastornos neuróticos		
300.0	Estados de ansiedad	F41.-	Otros trastornos de ansiedad, todos los tipos. Especificar el tipo si es posible. Considerar también F40.01, Agorafobia con trastorno de pánico
	<i>Crisis de ansiedad o trastorno de pánico</i>	F43.22	Reacción mixta de ansiedad y depresión
		F41.0	Trastorno de pánico
300.1	Histeria	F44.-	Trastornos disociativos
			<i>Considerar también:</i>
		F43.23	Trastorno adaptativo con predominio de alteraciones de otras emociones
	<i>Neurosis de compensación</i>	F68.0	Elaboración psicológica de síntomas somáticos
300.2	Estado fóbico	F40.-	Trastornos de ansiedad fóbica, todos los tipos, excepto F40.1, Agorafobia con trastorno de pánico
	<i>Ansiedad histérica</i>	F41.8	Otros trastornos de ansiedad específicos
300.3	Trastornos obsesivo-compulsivos	F42.-	Trastorno obsesivo-compulsivo, todos los tipos
300.4	Depresión neurótica	F34.1	Distimia
		F32.0	Episodio depresivo leve
		F33.0	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve
		F43.21	Trastorno adaptativo con reacción depresiva prolongada
	<i>Depresión ansiosa</i>	F41.2	Trastorno mixto ansioso-depresivo
	<i>Reacción depresiva</i>	F32.0	Episodio depresivo leve
	<i>Depresión reactiva</i>	F32.8	Otros trastornos depresivos
		F33.0	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve
		F43.20	Reacción depresiva breve
		F43.21	Reacción depresiva prolongada

CIE-9		CIE-10	
300.5	Neurastenia	F48.0	Neurastenia
300.6	Síndrome de despersonalización	F48.1	Trastorno de despersonalización-desrealización
300.7	Hipocondría	F45.2	Trastorno hipocondríaco
300.8	Otros trastornos neuróticos	F48.8	Otros trastornos neuróticos especificados
300.9	No especificados	F48.9 F99	Trastorno neurótico sin especificación Trastorno mental no especificado en otro lugar
301 Trastornos de personalidad			
301.0	Trastorno paranoide de personalidad <i>Rasgos paranoides</i>	F60.0	Trastorno paranoide de personalidad
		Z73.1	Acentuación de rasgos de personalidad
301.1	Trastorno de personalidad afectivo	F34.0 F34.1 F60.8	Ciclotimia Distimia Otros trastornos de personalidad específicos
301.2	Trastorno esquizoide de personalidad	F60.1	Trastorno esquizoide de personalidad
301.3	Trastorno explosivo de personalidad	F60.3	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad
301.4	Trastorno anancástico de la personalidad	F60.5	Trastorno anancástico de la personalidad
301.5	Trastorno histérico de la personalidad	F60.4	Trastorno histriónico de la personalidad
301.6	Trastorno asténico de la personalidad	F60.7	Trastorno dependiente de la personalidad
301.7	Trastorno de personalidad con manifestaciones sociopáticas o antisociales	F60.2	Trastorno disocial de la personalidad
301.8	Otros trastornos de personalidad	F60.6 F60.8 F61 F68.8	Trastorno ansioso (evitativo) de la personalidad Otros trastornos de personalidad específicos Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad Otros trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto especificados
301.9	No especificados	F60.9	Trastorno de personalidad no especificado
302 Desviaciones y trastornos sexuales			
302.0	Homosexualidad	No hay código equivalente	

CIE-9	CIE-10
302.1 Bestialismo	F65.8 Otros trastornos de la inclinación sexual
302.2 Paidofilia	F65.4 Paidofilia
302.3 Travestismo	F65.1 Travestismo fetichista F64.1 Travestismo no fetichista
302.4 Exhibicionismo	F65.2 Exhibicionismo
302.5 Transexualismo	F64.0 Transexualismo
302.6 Trastornos de la identidad sexual	F64.2 Trastorno de la identidad sexual de la infancia F64.8 y .9 Otros trastornos de la identidad y trastornos de la identidad sexual no especificados
302.7 Frigidez e impotencia <i>Dispareunia psicógena</i>	F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual F52.2 Fracaso de la respuesta genital F52.6 Dispareunia no orgánica F52.5 Vaginismo no orgánico
302.8 Otros <i>Fetichismo Masoquismo/sadismo</i>	F64.8 Otros trastornos de la identidad sexual F65.8 Otros trastornos de la preferencia sexual F52.8 Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos F65.0 Fetichismo F65.5 Sadomasoquismo
302.9 No especificado	F64.9 Trastorno de la identidad sexual no especificado F65.9 Trastorno de la inclinación sexual no especificado F52.9 Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico
303 Síndrome de dependencia alcohólica	F10.2 Síndrome de dependencia a alcohol
304 Dependencia a drogas	
304.0 Tipo morfina	F11.2 Síndrome de dependencia a opiáceos
304.1 Tipo barbitúricos	F13.2 Síndrome de dependencia a sedantes e hipnóticos
304.2 Cocaína	F14.2 Síndrome de dependencia a cocaína
304.3 Cánnabis	F12.2 Síndrome de dependencia a cannabinoides
304.4 Tipo anfetaminas y otros psicoestimulantes	F15.2 Síndrome de dependencia a otros estimulantes, incluida la cafeína
304.5 Alucinógenos	F16.2 Síndrome de dependencia a alucinógenos
304.6 Otros	F18.2 Síndrome de dependencia a disolventes volátiles

CIE-9		CIE-10	
		F19.2	Síndrome de dependencia a otras sustancias psicótropas
304.7	Combinaciones de opiáceos y otras drogas	F19.2	Síndrome de dependencia a múltiples drogas o a otras sustancias psicótropas
304.8	Combinaciones que excluyen opiáceos		
304.9	No especificado		
305	Abuso de drogas		
305.0	Alcohol	F10.1 F10.0	Consumo perjudicial de alcohol Intoxicación alcohólica aguda
305.1	Tabaco <i>Dependencia a tabaco</i> <i>Nota: A pesar de ser contradictorio con el epígrafe 305, la CIE-9 incluye aquí la dependencia a tabaco</i>	F17.1 F17.2	Consumo perjudicial de tabaco Síndrome de dependencia debido al consumo de tabaco
305.2	Cánnabis	F12.1 F12.0	Consumo perjudicial de cannabinoides Intoxicación aguda por cannabinoides
305.3	Alucinógenos	F16.1 F16.0	Consumo perjudicial de alucinógenos Intoxicación aguda por alucinógenos
305.4	Barbitúricos y tranquilizantes	F13.1 F13.0	Consumo perjudicial de sedantes e hipnóticos Intoxicación aguda por sedantes o hipnóticos
305.5	Tipo morfina	F11.1 F11.0	Consumo perjudicial de opiáceos Intoxicación aguda por opiáceos
305.6	Tipo cocaína	F14.1 F14.0	Consumo perjudicial de cocaína Intoxicación aguda por cocaína
305.7	Tipo anfetaminas	F15.1 F15.0	Consumo perjudicial de otros estimulantes Intoxicación aguda por otros estimulantes
305.8	Antidepresivos	F55	Abuso de sustancias que no producen dependencia
305.9	Otros, mixtos o no especificados	F19.1 F55	Consumo perjudicial de otras drogas o sustancias psicótropas Abuso de sustancias que no producen dependencia
306	Disfunciones fisiológicas derivadas de factores mentales		
306.0	Musculoesqueléticas	F45.8	Otros trastornos somatomorfos
306.1	Respiratorias	F45.33	Disfunción vegetativa somatomorfa del sistema respiratorio
306.2	Cardiovasculares	F45.30	Disfunción vegetativa somatomorfa del corazón y del sistema cardiovascular

CIE-9	CIE-10
306.3 De la piel	F45.8 Otros trastornos somatomorfos
306.4 Gastrointestinales	F45.31 Disfunción vegetativa somatomorfa del tracto gastrointestinal alto
	F45.32 Disfunción vegetativa somatomorfa del tracto gastrointestinal bajo
<i>Vómitos psicogénicos cíclicos</i>	F50.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas
306.5 Genitourinarias	F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa del sistema urogenital
<i>Dismenorrea psicógena</i>	F45.8 Otros trastornos somatomorfos
306.6 Endocrinas	Utilizar dos códigos: F54 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificadas en otro lugar, y otro código de Capítulo IV para el trastorno endocrino específico
306.7 Órganos de los sentidos	F45.8 Otros trastornos somatomorfos
306.8 Otros	F45.8 Otros trastornos somatomorfos
306.9 No especificado	F45.9 Trastornos somatomorfos no especificados
307 Síntomas y síndromes especiales no clasificados en otro lugar	
307.0 Tartamudeo	F98.5 Tartamudeo
<i>Farfulleo</i>	F98.6 Farfulleo
307.1 Anorexia nerviosa	F50.0 Anorexia nerviosa
	F50.1 Anorexia nerviosa atípica
307.2 Tics	F95.- Tics
307.3 Movimientos repetitivos estereotipados	F98.4 Trastornos de estereotipias motrices
307.4 Trastornos específicos del sueño	F51.- Trastornos del sueño no orgánicos
307.5 Otros trastornos y trastornos no especificados de alimentación	F50.1 Anorexia nerviosa atípica
	F50.2 Bulimia nerviosa
	F50.3 Bulimia nerviosa atípica
	F50.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas
	F50.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas
	F50.8 Otros trastornos de alimentación
	F50.9 Trastorno de alimentación no especificado
<i>Alteraciones alimentarias en la infancia</i>	F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia
<i>Pica (en niños)</i>	F98.3 Pica en la infancia
307.6 Enuresis	F98.0 Enuresis no orgánica
307.7 Encopresis	F98.1 Encopresis no orgánica

CIE-9	CIE-10
307.8 Psicalgia <i>Cefalea tensional</i>	F45.4 Trastorno de dolor somatomorfo persistente G44.2 Cefalea tensional
307.9 Otros y no especificados <i>Laleo</i>	F98.8 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados F98.9 Trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o la adolescencia no especificados F80.0 Trastorno específico de la pronunciación
308 Reacciones agudas a estrés	
308.0 Con predominio de alteración de las emociones	F43.0 Reacciones a estrés agudo
308.1 Con predominio de alteraciones de la conciencia	F43.0 Reacciones a estrés agudo F44.1 Fuga disociativa
308.2 Con predominio de alteraciones motoras	F43.0 Reacciones a estrés agudo
308.3 Otros	F43.8 Otras reacciones a estrés grave
308.4 Mixto	F43.0 Reacciones a estrés agudo
308.9 No especificado	F43.9 Reacción a estrés grave no especificada
309 Reacciones de adaptación	
309.0 Reacción depresiva breve	F43.2 Trastornos de adaptación F43.20 Reacción depresiva breve
309.1 Reacción depresiva prolongada	F43.21 Reacción depresiva prolongada
309.2 Con predominio de alteración de otras emociones <i>Ansiedad de separación patológica</i>	F43.23 Con predominio de alteración de otras emociones F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia
309.3 Con predominio de alteración de la conducta	F43.24 Con predominio de alteraciones disociales
309.4 Con alteración mixta de las emociones y de la conducta	F43.25 Con alteraciones mixtas, disociales y de las emociones
309.8 Otros	F43.28 Otro trastorno de adaptación especificado <i>Considerar también:</i> F94.0 Mutismo selectivo
309.9 No especificado	F43.2 Trastornos de adaptación

CIE-9		CIE-10	
310	Trastornos mentales específicos no psicóticos que se producen después de daño cerebral orgánico		
310.0	Síndrome del lóbulo frontal	F07.0	Trastorno orgánico de la personalidad
310.1	Cambio cognitivo, de la personalidad o de otro tipo	F06.7 F07.8 F06.6	Trastorno cognitivo leve Otros trastornos orgánicos de la personalidad y del comportamiento Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico
310.2	Síndrome postconmocional	F07.2	Síndrome postconmocional
310.8	Otros	F07.1 F07.8 F06.4 F06.5	Síndrome postencefálico Otros trastornos orgánicos de la personalidad y del comportamiento Trastorno de ansiedad orgánico Trastorno disociativo orgánico
310.9	No especificado	F07.9	Trastorno orgánico de la personalidad y del comportamiento no especificado
311	Trastorno depresivo no clasificado en otro lugar	F32.9 F33.9 F38.10	Episodio depresivo no especificado Trastorno depresivo recurrente no especificado Trastorno depresivo recurrente breve
312	Alteración de la conducta no clasificada en otro lugar		
312.0	Alteración disocial en niños no socializados	F91.1	Trastorno disocial en niños no socializados
312.1	Alteración disocial en niños socializados	F91.2	Trastorno disocial en niños socializados
312.2	Trastorno compulsivo de la conducta	F63.-	Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos
312.3	Alteraciones mixtas de la conducta y de las emociones	F92.-	Trastornos disociales y de las emociones mixtos
312.8	Otros	F91.0 F91.3 F91.8	Trastorno disocial limitado al contexto familiar Trastorno disocial desafiante y oposicionista Otros trastornos disociales
312.0	No especificado	F91.9	Trastorno disocial no especificado
313	Alteración de las emociones específicas de la infancia y adolescencia		
313.0	Con temor y ansiedad	F93.1 F93.2 F93.0	Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia Trastorno de ansiedad de separación de la infancia

CIE-9		CIE-10	
	<i>Reacción hiperansiosa de la infancia</i>		<i>Considerar también:</i> F94.0 Mutismo selectivo F93.8 Otros trastornos de las emociones de la infancia
313.1	Con tristeza e infelicidad	F32.0 Episodio depresivo leve F32.8 Otros episodios depresivos F43.20 Reacción depresiva breve F43.21 Reacción depresiva prolongada F92.0 Trastorno disocial depresivo	
313.2	Con sensibilidad, timidez y aislamiento social	F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia <i>Considerar también:</i> F94.0 Mutismo selectivo	
312.3	Problemas relacionales	F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo F94.2 Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido	
313.8	Otros o mixtos	F93.8 Otros trastornos de las emociones de la infancia	
313.9	No especificado	F93.9 Trastorno de las emociones en la infancia no especificado	
314	Síndrome hiperclínico de la infancia		
314.0	Alteración simple de la actividad y la atención	F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención	
314.1	Hipercinesia con retraso del desarrollo	F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención con un código adicional de F80-F83 para el trastorno específico del desarrollo	
314.2	Trastorno hiperclínico disocial	F90.1 Trastorno hiperclínico disocial	
314.8	Otros	F90.8 Otros trastornos hiperclínicos	
314.9	No especificado	F90.9 Trastorno hiperclínico no especificado	
315	Retrasos específicos del desarrollo		
315.0	Retraso específico de la lectura	F81.0 Trastorno específico de la lectura	
315.1	Retraso específico del cálculo	F81.2 Trastorno específico del cálculo	
315.2	Otras dificultades específicas del aprendizaje	F81.8 Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar	
315.3	Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje	F80.- Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje	

CIE-9		CIE-10	
315.4	Retraso específico del desarrollo motor	F82	Trastorno específico del desarrollo motor
315.5	Trastorno mixto del desarrollo	F83	Trastorno específico mixto del desarrollo
315.8	Otros	F88	Otros trastornos del desarrollo psicológico
315.9	No especificado	F89	Trastornos del desarrollo psicológico no especificado
316	Factores psicológicos asociados a enfermedades clasificadas en otro lugar	F54	Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificadas en otro lugar
317	Retraso mental leve	F70	Retraso mental leve
318	Otros retrasos mentales específicos		
318.0	Retraso mental moderado	F71	Retraso mental moderado
318.1	Retraso mental severo	F72	Retraso mental severo
318.2	Retraso mental profundo	F73	Retraso mental profundo
319	Retraso mental no especificado	F70	Retraso mental no especificado

Instrumentos diagnósticos y publicaciones asociadas al Capítulo V de la CIE-10

El *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN), el *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) y el *International Personality Disorder Examination* (IPDE) han sido desarrollados en el marco de la OMS/ADAMHA Joint Project sobre Diagnóstico y Clasificación de los Trastornos Mentales y Problemas relacionados con el Alcohol y las Drogas. Más información sobre estos instrumentos se puede obtener de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza.

El tratamiento en el uso de estos instrumentos se puede obtener actualmente en los siguientes idiomas: chino, danés, inglés, francés, alemán, griego, hindú, canadiense, portugués, español, tamil y turco.

1. Jablensky A, Sartorius N, Hirschfeld R, Pades H et al (1983): Diagnosis and classification of mental disorders and alcohol-and drug- related problems: a research agenda for the 1980s. *Psychological Medicine* **13**: 907-921.
2. Mental disorders, alcohol -and drugs- related problems: international perspectives on their diagnosis and classification. (1985): *Excerpta Medica* (International Congress Series, No. 669) Amsterdam.
3. Sartorius N et al (eds.) (1988): Psychiatric classification in an international perspective. *British Journal of Psychiatry* **152**: (Suppl. 1).
4. Robins L et al (1989): The composite international diagnostic interview. *Archives of General Psychiatry* **45**: 1069-1077.
5. WHO (1994): *Lexicon of psychiatric and mental health terms*. 2nd edn. World Health Organization, Geneva.
6. Wing J K et al (1990) SCAN: Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry* **47**: 589-593.
7. Sartorius N et al (eds.) (1990): Sources and traditions of classification in psychiatry. Hogrefe and Huber, Toronto.
8. Sartorius N (1991): the classification of mental disorders in the Tenth Revision of The International Classification of Diseases. *European Journal of Psychiatry* **6**: 315-322.
9. Loranger A W et al (1991): The WHO/ADAMHA International Pilot Study of Personality Disorders: background and purpose. *Journal of Personality Disorders* **5**: 296-306.
10. WHO (1992): The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Conversion tables between ICD-8, ICD9 and ICD-10. World Health Organization, Geneva (unpublished WHO document WHO / MNH / 92 / 16, available on request from Division of Mental Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).

-
11. WHO (1992, 1993, 1994): *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Tenth Revision. Vol. 1: Tabular list, 1992. Vol. 2: Instruction manual, 1993. Vol 3: Alphabetical Index. World Health Organization, Geneva.
 12. WHO (1992): *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization, Geneva.
 13. Composite International Diagnostic Interview 1.1 (1993): American Psychiatric Press, Washington, DC.
 14. Sartorius N et al (1993): Progress towards achieving a common language in psychiatry: results from the field trials of the clinical guidelines accompanying the WHO Classification of Mental and Behavioural Disorders in ICD-10. *Archives of General Psychiatry* **50**: 115-124.
 15. WHO (1993): *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. World Health Organization, Geneva.
 16. WHO (1994): (in preparation) *Psychiatric Adaptation of ICD-10*. World Health Organization, Geneva.

Índice

A

- Aborto, médico (O04), 261
- Abstinencia, 62-65
- alcohol (F10.3), 62
 - cannabinoides (F12.3), 63
 - cocaína (F14.3), 64
 - con delirium, 65-66
 - disolventes orgánicos (F18.3), 65
 - estimulantes, incluida la cafeína (F15.3), 64-65
 - opiáceos (F11.3), 63
 - sedantes/hipnóticos (F13.3), 63-64
 - tabaco (F17.3), 65
- Acalculia, 193
- Accidentes cerebrales isquémicos transitorios (G45), 258
- Ácidos grasos, trastornos del metabolismo (E71), 256
- Acrofobia, 112
- Actividad/atención, trastorno de la (F90.0), 14, 206
- Actos compulsivos (rituales obsesivos), predominantemente (F42.1), 9, 118-119
- Adaptación, trastorno de (F43), 9, 119
- alteración mixta de las emociones y disociales (F43.25), 9, 123
 - con predominio de alteraciones de otras emociones (F43.23), 9, 123
 - con predominio de alteraciones disociales (F43.24), 9, 123
 - otros con síntomas predominantes especificados (F43.28), 9, 124
 - reacción depresiva breve (F43.2), 9, 122-124
 - reacción depresiva prolongada (F43.21), 9, 123
 - reacción mixta ansioso-depresiva (F43.22), 9, 123
- Adolescencia, trastornos, 249
- criterios diagnósticos, 20
 - del comportamiento y de las emociones (F90-F98), 204-228, 14-15
- Aerofagia, 134
- Afasia
- adquirida con epilepsia (F80.3), 13, 190
 - del desarrollo, 188-189
- Afectivos, trastornos, 89-108. *Ver también:* Bipolar, trastorno; Bipolar tipo II, trastorno; Humor, trastorno (F30-F39)
- Afonía, psicógena, 128
- Agnosia
- auditiva congénita, 189
 - del desarrollo, 203
- Agorafobia (F40.0), 9, 110-111
- Agrafía, 193
- Agresiones (X85-Y09), 265
- Alcoholismo, crónico, 60
- Alimentación, trastorno (F50), 10, 140-143
- hiperfagia asociada a otras alteraciones psicológicas (F50.4), 10, 142
 - no especificado (F50.9), 10, 143
 - vómitos asociados a otras alteraciones psicológicas (F50.5), 10, 143
- Alimentación, trastorno de, en la infancia (F98.2), 15, 224-225
- Alimentación e ingesta de líquidos, síntomas y signos relacionados (R63), 263

- Alucinaciones
 - esquizofrenia, 71
 - trastorno esquizoafectivo, 85
- Alucinosis orgánica (F06.0), 3, 40
- Alzheimer, demencia en la enfermedad de (F00), 3, 25, 27-29 (G30), 257
- Aminoácidos aromáticos, trastornos del metabolismo (E70), 256
- Aminoácidos de cadena ramificada, trastorno del metabolismo (E71), 256
- Amnesia, disociativa (F44.0), 9, 125
- Amok, 235-236
- Analgésicos, abuso (F55.1), 11, 156
- Anelo (reacciones) (F43.2, F43.22-F43.25), 122-123
- Anestesia/pérdida sensorial (F44.6), 10, 129
- Anhedonia, 149
- Anorexia (R63.0), 263
- Anorexia nerviosa (F50.0), 10, 140-141
 - atípica (F50.1), 10, 141
- Anorgasmia, psicogénica, 151
- Antiácidos, abuso (F55.3), 11, 156
- Antidepresivos, abuso (F55.0), 11, 156
- Antropofobia, 11, 242
- Ansiedad
 - depresión, 117
 - estado, 115
 - histeria, 117
 - neurosis, 115
 - reacción, 115
- Ansiedad, trastorno de, 216
- Ansiedad-depresión, persistente, 106
- Apetito, pérdida psicógena, 153
- Aprendizaje, dificultades, 194
- Aprendizaje, dificultades/trastorno, 194
- Aprendizaje escolar, trastornos específicos del desarrollo (F81), 13-14, 191-195
 - mixtos (F81.3), 14, 194
 - no especificado (F81.9), 14, 194-195
 - otros (F81.8), 14, 194
- Arterias cerebrales, oclusión/estenosis (I66), 259
- Asma, 155
 - (J45), 260
- Asperger, síndrome (F84.5), 14, 202
- Ataxia, hereditaria (G11), 257
- Atención, déficit, 206
 - trastorno sin hiperactividad, 227
- Ausencias de la escuela, 210
- Autismo
 - atípico (F84.1), 14, 198-199
 - infantil (F84.0), 14, 196-197
- Autística, psicopatía, 202
- Autístico, trastorno, 196

B

- Balbuco, 190
- Banda, pertenencia a una, 210
- Bilirrubina, trastornos del metabolismo (E80), 256
- Bipolar, trastorno, 89
 - ciclador rápido, 231
 - tipo II, 96, 231
- Bouffée delirante, 81
 - otros trastornos (G93), 259
- Briquet, trastorno de, 139
- Bronquitis, crónica (J42), 260
- Bulimia nerviosa (F50.2), 10, 141-142
 - atípica (F50.3), 10, 142

C

- Calambre del escribiente, 139
- Cálculo, trastorno específico (F81.2), 14, 193-194
- Capacidad cognitiva, demencia, 25-26
- Carácter, trastorno del, 183
- Carácter generalizado, 205
- Carbohidratos, trastorno del metabolismo (E74), 256
- Clasificación
 - capítulo V, 247-248
 - naturaleza de los objetos, 250
 - número, 247
 - orden, 247
- Catalepsia, esquizofrénica, 74
- Catarro, 133
- Catatónico, trastorno orgánico (F06.1), 3, 40-41
- Cefalea, 135
 - síndromes (G44), 258
- Cerebral
 - detección de anormalidad, 248
 - malformaciones congénitas (Q04), 262
- Ciclotimia (F34.0), 7, 103-104
- Claustrofobia, 112
- Cleptomanía (63.2), 12, 173
- Colitis mucosa, 155
- Colon irritable, síndrome (K58), 260
- Comportamiento social, trastornos de comienzo en la infancia y adolescencia (F94), 15, 218-220
 - otros de la infancia (F94.8), 15, 220
 - no especificados (F94.9), 15, 220
- Conducta incendiaria patológica (F63.1), 12, 172

- Confusión, psicógena, 128
- Congénitas, malformaciones (Q00-Q99), 262-263
 - síndromes (Q86), 262
- Conversión
 - histeria, 123
 - psicosis histérica, 123
 - reacción, 123
- Convulsiones
 - (F44.5), 9, 127-128
 - (R56), 263
- Coordinación, trastorno de la, 194
- Creutzfeldt-Jacob, enfermedad de (A81.0), 255
 - demencia (F02.1), 3, 32
- Crisis
 - estado, 119
 - reacción aguda, 119
- Cuero cabelludo/huesos propios de la cara, malformaciones congénitas (Q75), 262
- Cushing, síndrome de (E24), 256

D

- Da Costa, síndrome, 134
- Daño autoinfligido (X60-X84), 264-265
- Daño cerebral (F06), (F07), 3-4, 39-48
 - otro especificado (F06.8), 4, 45
 - trastorno mental no especificado (F06.9), 4, 45
- De la Tourette, síndrome (F95.2), 15, 221-222
- Debilidad mental, 184
- Deficiencia de yodo, síndrome (E00), 255
- Delección autosómica (Q93), 262
- Delincuencia, en grupo, 210
- Delirante, trastorno
 - inducido (F24), 7, 84-85
 - orgánico (F06.2), 4, 41-42
 - persistente (F22), 6, 78-80
 - psicótico (F23.3), 7, 83-84
- Delirios, en trastorno esquizoafectivo, 85
- Delirium,
 - no especificado (F06.9), 4, 45
 - no inducido por alcohol o sustancias psicótropas (F05), 3, 37-39
 - no superpuesto a demencia (F05.0), 3, 38
 - otros (F05.8), 3, 38
 - superpuesto a demencia (F05. 1), 3, 38
 - tremens, 63, 65
- Demencia
 - en la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (F02.1), 3, 33
 - notas diagnósticas, 26-27
 - vascular, 30

Demencia (*cont.*)

- criterios generales, 25-26
- degenerativa primaria, 36
- en otras enfermedades específicas (F02.8), 3, 35
- enfermedad de Huntington (F02.2), 3, 33-34
- enfermedad de Parkinson (F02.3), 3, 34
- enfermedad de Pick (F02.2), 3, 33-34
- enfermedad del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (F02.4), 3, 35
- infantilis, 200
- multiinfarto (F01.1), 3, 31
- no especificada (F03), 3, 36
- presenil, 36
- senil, 36
- vascular (F01), 3, 30-32

Demencia en la enfermedad de Alzheimer (F00), 3, 27-29

- atípica/mixta (F00.2), 3, 29
- de inicio tardío (F00.1), 3, 29
- de inicio temprano (F00.0), 3, 28-29
- no especificada (F00.8), 3, 29

Demencia vascular, 30

Dependencia, síndrome, 60-61

Depresión

- agitada, 99
- ansiosa, 117
- atípica, 100
- endógena, 103
- enmascarada, 100
- mayor, 99, 100, 103
- monopolar, 104
- neurótica, 106
- postesquizofrénica (F20.4), 6, 75
- postnatal, 154
- postparto, 154
- psicógena, 97, 101
- psicótica, 103
- reactiva, 97, 101
- vital, 99, 103

Depresiva, psicosis

- psicógena, 100, 103
- reactiva, 100, 103

Depresiva, reacción, 97, 101

Depresivo, episodio (F32), 8, 96-101

- leve (F32.0), 8, 98
- moderado con síntomas somáticos (F32.11), 8, 99
- moderado con/sin síndrome somático (F32.1), 8, 99
- no especificado (F32.9), 8, 101
- otros (F32.8), 8, 100
- severo con síntomas psicóticos (F32.3), 8, 103
- severo sin síntomas psicóticos (F32.2), 8, 99

Depresivo, trastorno, 101

- breve recurrente (F38.10), 8, 108
- estacional, 101
- mixto con ansiedad (F41.2), 9, 116-117

Depresivo, trastorno disocial (F92.0), 14, 212
 Depresivo, trastorno recurrente (F33), 8, 101-104
 actualmente en remisión (F33.4), 8, 104
 episodio actual leve (F33.0), 8, 102
 episodio actual moderado (F33.1), 8, 102
 episodio actual severo con síntomas psicóticos (F33.3), 8, 103
 episodio actual severo sin síntomas psicóticos (F33.2), 8, 103
 otros (F33.8), 8, 104
 no especificado (F33.9), 8, 104
 Dermatitis, 155
 atópica (L20), 261
 Desarrollo, ausencia de, fisiológico normal (R62), 263
 Desarrollo, disfasia/afasia, 188
 Desarrollo, trastornos del
 del aprendizaje escolar (F81), 13, 191-195
 del habla y del lenguaje (F80), 13, 187-191
 específicos mixtos (F83), 14, 195-196
 generalizado (F84), 14, 196-203
 generalizados no especificados (F84.8), 14, 203
 otros generalizados (F84.8), 14, 201-202
 psicomotor específicos (F82), 14, 195
 Desarrollo psicológico, trastornos (F80-89), 13-14, 187-203
 no especificado (F89), 14, 203
 otros (F88), 14, 203
Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico (DCPD), 19
 Desintegrativo, trastorno de la infancia otro (F84.3), 14, 200
 Despersonalización-desrealización, síndrome (F48.1), 10, 138-139
 Dhat, 236-237
 síndrome, 139
 Dhatu, 236-237
 Diagnósticos, criterios, 20-21, 249-250
 generales, 20
 obligatorios, 20
 Diagnósticos, criterios de investigación (CDI-10), 19
 Anexos, 20
 Diagnósticos, instrumentos del Capítulo V de la CIE-10, 289-290
 Diarrea, 134
 Difonía, psicógena, 128
 Dimorfofobia, 133
 delirante, 80
 Dipareunia, no orgánica (F52.6), 11, 152-153
 Dipsomanía, 60
 Disfagia, 136
 Disfasia, del desarrollo, 188
 Disfunción cerebral (F06), (F07), 3-4, 39-49
 otra especificada (F06.8), 4, 45
 trastorno mental no especificado (F06.9), 4, 45
 Disfunción fisiológica psicógena, 157
 Disfunción vegetativa (F45.3), 10, 124-125

- Dislexia, del desarrollo, 191
- Dismenorrea, 136
- Dismórfico, trastorno, del cuerpo, 133
- Dismórfico corporal, trastorno, 133
- Disociativo, trastorno orgánico (F06.5), 4, 43
- Disociativos (conversión), trastornos (F44), 9-10, 124-130
 - amnesia (F44.0), 9, 125
 - anestesia/pérdida sensorial (F44.6), 10, 129
 - convulsiones (F44.5), 9, 128-129
 - estupor (F44.2), 9, 126
 - fuga (F44.1), 9, 126
 - mixto (F44.7), 10, 129
 - motor (F44.4), 9, 128
 - motilidad/sensibilidad (F44.4-F44.7), 10, 127-128
 - no especificado (F44.9), 10, 130
 - otros (F44.8), 10, 129-130
 - transitorio (F44.82), 10, 130
- Dispepsia, 134
 - (K30), 260
- Dispraxia, 195
- Distimia (F34.1), 8, 105-106
- Distonía (G24), 257
- Disuria, 134
- Dolor
 - crónico trastorno de personalidad en, 171
 - persistente (F45.4), 10, 135-136
- Dorsalgia (M54), 261
- Down, síndrome (Q90), 262
- Duodenal, úlcera (K26), 260
- Duodenitis (K29), 260
- Duración de trastornos/síntomas, 250-251

E

- Edward, síndrome (Q91), 262
- Emociones, trastorno de las
 - de comienzo habitual en la infancia (F93), 14, 213-217
 - no especificado de la infancia (F93.9), 15, 217. *Ver también* trastornos disociales y de las emociones mixtos (F92)
 - otros de la infancia (F93.8), 15, 216-217
- Encefalitis (G04), 257
- Encefalomielitis (G04), 257
- Encefalopatía tóxica (G92), 259
- Encopresis
 - funcional, 224
 - no orgánica (F98.1), 15, 223
 - psicógena, 223
- Endocrinos, otros trastornos (E34), 256

- Enfermedad cerebrovascular
 - demenia, 25
 - (I67), 260
 - secuelas (I69), 260
- Enfermedad física (F06), 3, 39-45
- Enfermedades desmielinizantes del SNC (G37), 258
- Enfisema (J43), 260
- Enuresis
 - funcional, 223
 - no orgánica (F98.0), 15, 223
 - psicógena, 223
- Epilepsia
 - con afasia adquirida (F80.3), 13, 190
 - psicosis de tipo esquizofrénico, 41
- Epilepsia (G40), 258
- Epilepsia límbica, trastorno de personalidad de, 46
- Epiléptica, psicosis, 45
- Epiléptico, estatus (G41), 258
- Episodio afectivo mixto, 107
- Equivalencias entre la CIE-9 y la CIE-10, 251-252
- Equivalencias, tabla de, entre el Capítulo V de la CIE-9 y el Capítulo V de la CIE-10, 273-287
- Eréctil, disfunción, masculina, 150
- Esclerosis múltiple (G35), 258
- Esfuerzo, síndrome de, 134
- Espanto, 241
- Espina bífida (Q05), 262
- Esquizoafectivo, trastorno (F25), 7, 85-87
 - de tipo depresivo (F25.1), 7, 86
 - de tipo maníaco (F25.0), 7, 86
 - de tipo mixto (F25.2), 7, 87
 - no especificado (F25.9), 7, 87
 - otro (F25.8), 7, 87
- Esquizofrenia, 19
 - aguda, 83
 - atípica, 74
 - cenestopática, 77
 - cíclica, 87
 - crónica indiferenciada, 75
 - desorganizada, 73
 - parafrénica, 72
- Esquizofrenia (F20), 6, 70-77
 - catatónica (F20.2), 6, 73-74
 - hebefrénica (F20.1), 6, 73
 - indiferenciada (F20.3), 6, 74-75
 - no especificada (F20.9), 6, 77
 - otra (F20.8), 6, 77
 - paranoide (F20.0), 6, 72-73
 - residual (F20.5), 6, 75-76
 - simple (F20.6), 6, 76-77

- Esquizofrénica, reacción, 83
- Esquizofrénico, estado residual, 75
- Esquizofreniforme, trastorno, 77
 - breve, 83
- Esquizoide, trastorno de la infancia, 202
- Esquizoide, trastorno de personalidad (F60.1), 11, 160-161
- Esquizotípico, trastorno (F21), 6, 77-78
- Estacional, trastorno afectivo, 101, 231
- Estado crepuscular psicógeno, 129
- Estereotipias/hábitos, trastorno de, 226
- Esteroides, abuso de (F55.5), 11, 156
- Estrés
 - hiperfagia, 142
 - trastorno por estrés post-traumático (F43.1), 9, 121-122
- Estrés, reacción severa (F43), 9, 119-124
 - aguda (F43.0), 9, 120-121
 - no especificada (F43.9), 9, 124
 - otras reacciones (F43.8), 9, 124
- Estupor
 - catatónico, 74
 - disociativo (F44.2), 9, 126
 - maníaco, 91
- Exhibicionismo (F65.2), 12, 178
- Explosivo, trastorno intermitente, 174
- Extrapiramidales, trastornos (G25), 257
- Eyacuación precoz (F52.4), 11, 151-152

F

- Facomatosis (Q85), 262
- Facticio, trastorno *ver* síntomas, producción intencional/simulación (trastorno facticio) (F68.1), 13, 182
- Farfulleo (F98.6), 15, 227
- Fármacos
 - adicción, 60
 - efectos adversos en su uso terapéutico (Y40-Y59), 265-266
- Fármacos y otras sustancias en sangre (R78), 263
- Fatiga, síndrome de, 137
- Fatiga de combate, 120
- Fecal, incontinencia, 224
- Fetichismo (F65.0), 12, 177
- Flatulencia, 134
- Flexibilidad cética, 74
- Fobia, 113
 - animal, 112
 - específica (F40.2), 9, 112, 113
 - simple, 112
 - social (F40.1), 9, 111-112

Fóbica, trastorno de ansiedad (F40), 9, 109-113
 no especificado (F40.9), 9, 113
 otro (F40.8), 9, 113
Fóbica, trastorno de ansiedad de la infancia (F93.1), 15, 214-215
Fóbico, estado, 113
Frigidez, 149
Frigofobia, 239-240
Frontal, síndrome del lóbulo, 46
Frotteurismo, 180
Funcionales, resultados anormales en estudios (R94), 263

G

Ganser, síndrome de (F44.80), 10, 130
Gástrica, úlcera (K25), 260
Gastritis (K29), 260
Genitourinario, sistema vegetativo somatomorfo del (F45.34), 10, 135
Gerstmann, síndrome de, 193
Glaucoma (H40), 259
Globo histérico, 136

H

Hábitos y control de impulsos, trastorno (F63), 12, 171-174
 no especificado (F63.9), 12, 174
 otros (F63.8), 12, 174
Hebefrenia, 73
Heller, síndrome de, 200
Hemorragia
 intracerebral (I61), 259
 intracraneal no traumática (I62), 259
 subaracnoidea (I60), 259
Hepática, enfermedad tóxica (K71), 260
Hidrocefalia
 congénita (Q03), 262
 (G91), 262
Hierbas y remedios populares, abuso de (F55.6), 11, 156
Hiperactividad, 205
Hiperkinético, trastorno asociado a retraso mental y movimientos estereotipados (F84.4), 14, 201-202
Hiperkinéticos, trastornos (F90), 14, 204-207
 de la conducta (F90.1), 14, 206
 no especificados (F90.9), 14, 206-7
 otros (F90.8), 14, 206

- Hiperfagia
 - en otras alteraciones psicológicas (F50.4), 10, 142
 - psicógena, 142
- Hiperorexia nerviosa, 141
- Hipersensibilidad social en la infancia, trastorno de (F93.2), 15, 215-216
- Hipersomnia no orgánica (F51.1), 10, 144-145
- Hipertensión esencial (I10), 259
- Hiperventilación, 134
- Hipo, 134
- Hipocondríaco, trastorno (F45.2), 10, 133
- Hipocondriasis, 133
- Hipófisis
 - hiperfunción (E22), 256
 - hipofunción (E23), 256
- Hipoglucémico, coma no diabético (E15), 256
- Hipomanía (F30.0), 7, 89-90
- Hipotensión (I95), 260
- Hipotiroidismo
 - otro (E03), 256
 - subclínico por deficiencia de yodo (E02), 256
- Histeria
 - ansiedad, 117
 - convulsiva, 124
- Histeria, del Ártico, 240-241
- Histérico, trastorno de personalidad, 164
- Hormonas, abuso (F55.5), 11, 156
- Hospital hopper síndrome, 182
- Hospitalismo en niños, 122
- Humor (afectivo), trastorno del (F30-39), 8, 107-108
 - no especificado (F39), 8, 108
 - orgánico (F06.3), 4, 42
- Humor (afectivo), trastorno del otro (F38), 8, 107-108
 - especificado (F38.8), 8, 108
 - recurrente (F38.1), 8, 108
 - simple (F38.0), 8, 107
- Humor (afectivo), trastorno del persistente (F34), 8, 104-107
 - no especificado (F34.9), 8, 107
 - otros (F34.8), 8, 107
- Huntington, enfermedad de
 - demenia (F02.2), 3, 33-34
 - (G10), 257

I

- Ictus (I64), 259
- Identidad, trastorno, 216

- Identidad sexual, trastornos (F64), 12, 174-176
 - de la infancia (F64.2), 12, 175-176
 - no especificado (F64.9), 12, 176
 - otros (F64.8), 12, 176
- Impotencia psicógena, 150
- Impulsividad, 205
- Impulsos, trastornos de los (F63), 12, 171-174
- Inatención, 204
- Infancia
 - acontecimientos vitales negativos (Z61), 267
 - trastorno del comportamiento y de las emociones (F90-F98), 14-15, 204-228
 - trastorno desintegrativo, otro (F84.3), 14, 200
 - trastornos, 251
- Infancia/adolescencia, trastornos, criterios diagnósticos, 20
- Infarto cerebral (I63), 259
- Infecciosas, enfermedades, 255
- Influenza (J10-J11), 260
- Insomnio no orgánico (F51.0), 10, 144
- Institucional, síndrome, 219
- Intestinales, síndromes funcionales (K59), 260
- Intoxicación aguda
 - alucinógenos (F16.0), 4, 58
 - cannabinoides (F12.0), 4, 55
 - cocaína (F14.0), 4, 56-57
 - disolventes volátiles (F18.0), 5, 59
 - estimulantes, incluido cafeína (F15.0), 4, 57
 - múltiples drogas (F19.0), 5, 59-60
 - opiáceos (F11.0), 4, 54
 - sedantes/hipnóticos (F13.0), 4, 55-56
 - tabaco (F17.0), 5, 58-59
- Intoxicación etílica aguda, 52
- Intoxicación patológica (F10.07), 6, 53
- Intracraneal, daño (S06), 263-264
- Intracraneales/intrarraquídeos absceso/granuloma (G06), 257

J

- Jinjin, 237-238
- Jiryan, 236-237
- Juego patológico (F63.0), 12, 171-172

K

- Kanner, síndrome, 196
- Koro, 237-238
- Korsakov, psicosis, 67

L

- Landau-Kleffner, síndrome (F80.3), 13, 190
- Latah, 238
- Laxantes, uso de, 156
- Lectura
 - en espejo, 191
 - retraso específico, 191
 - trastorno específico de la (F81.0), 13, 191-192
- Lectura, trastorno específico de la (F81.1), 14, 192-193
- Lenguaje, trastorno, 191
 - comprensión (F80.2), 13, 189-190
 - expresión (F80.1), 13, 188-189
- Leucoencefalopatía progresiva multifocal (A81.2), 255
- Líquido cefalorraquídeo, hallazgos anormales (R83), 263
- Lobotomía, 46
- Lumbalgia, 135
- Lupus eritematoso sistémico (M32), 261

M

- Malnutrición/ secuelas de la deficiencia nutricional (E64), 256
- Manía
 - con síntomas psicóticos (F30.2), 7, 91-92
 - sin síntomas psicóticos (F30.1), 7, 90-91
- Maníaco, episodio (F30), 7, 89-92
 - otro (F30.8), 7, 92
 - especificado (F30.9), 7, 92
- Maníaco, episodio recurrente, 96
- Maníaco-depresiva, psicosis, 92
- Maníaco-depresivas, enfermedades, 92
- Masoquismo, 179
- Masturbación, 227
- Materna, atención motivada por anormalidad o daño fetal (O99), 263
- Memoria, pérdida, demencia, 25-26
- Meningitis
 - bacteriana (G00), 256
 - en enfermedades infecciosas parasitarias (G02), 257
 - otras/ inespecíficas (G03), 257
- Menopausia/ perimenopausia, trastornos (N95), 261
- Menstrual, trastornos del ciclo (N91) (N94), 261
- Mental, deficiencia, 185
- Mental, trastorno
 - no especificado (F99), 15, 228
 - no especificado orgánico/sintomático (F09), 4, 49
 - orgánico, 45
- Mental, enfermedad, 228

Mental, retraso (F70-79), 13, 184-186
 con rasgos autísticos, 198
 leve (F70), 13, 184
 moderado (F71), 13, 185
 no especificado (F79), 13, 185
 otro (F78), 13, 185
 profundo (F73), 13, 185
 severo (F72), 13, 185
 trastorno hiperactivo (F84.4), 14, 201-202
Mental, subnormalidad, 184, 185
Miastenia gravis (G70), 258
Miccional, frecuencia, 134
Microcefalia (Q02), 262
Mielitis (G04), 257
Migraña (G43), 258
Monosomía (Q93), 262
Motilidad voluntaria, trastorno disociativo de la (F44.4), 9, 128
Motor, trastorno (G25), 257
 estereotipado (F98.4), 15, 226
Münchausen, síndrome de, 182
Mutismo selectivo (F94.0), 15, 218

N

Narcolepsia (G47.4), 258
Necrofilia, 180
Neoplasias (tumores), 255
 benignas del cerebro y otras partes del SNC (D33), 255
 incierto/desconocido/conducta cerebral/SNC (D43), 255
 incierto/desconocido/conducta meninges (D42), 255
 malignas cerebrales (C71), 255
 malignas de la médula espinal, nervios y otras partes del SNC (C72), 255
 malignas de las meninges (C70), 255
Nerfiza, 239
Nervios, 239
Nervioso, enfermedad del sistema degenerativa (G31), 257-258
Neurastenia (F48.0), 10, 137-138
Neurocirculatoria, astenia, 134
Neurológica, aplicación de la CDI-9 (CDI-10 NA), 20
Neurosis, 249
 anancástica, 117
 ansiedad, 115
 caracterial, 167
 cardíaca, 134
 compensación, 181
 depresiva, 106
 gástrica, 134
 hipocondríaca, 133
 obsesivo-compulsiva, 117

Neurosis (cont.)

- ocupacional, 139
- psicasténica, 139
- social, 111
- traumática, 121

Neurosífilis

- congénita tardía (A50.4), 255
- sintomática (A52.1), 255

Neurótico, otro trastorno (F48), 10, 137-139

- especificado (F48.8), 10, 139
- no especificado (F48.9), 10, 139

Nicotina, intoxicación aguda (F17.0), 5, 58-59**Ninfomanía, 153****Nosofobia, 133****O****Obesidad (E66), 256****Obsesivos, pensamientos/actos mixtos (F42.2), 9, 119****Obsesivos, predominantemente pensamientos/rumiaciones (F42.0), 9, 110****Obsesivo-compulsivo, trastorno (F42), 9, 117-119**

- no especificado (F42.9), 9, 119
- otro (F42.8), 9, 119

Oído, trastornos (H93), 259**Oneirofrenia, 83****Onicofagia, 227****Oposicionista y desafiante, trastorno disocial (F91.3), 14, 211****Orgánica, etiología, 248****Orgánico, trastorno mental no especificado (F09), 4, 49****Órganos genitales, trastornos en mujeres (N94), 261****Orgásmica, disfunción (F52.3), 11, 151****P****Pa-leng, 239-240****Paidofilia (F65.4), 12, 179****Páncreas, enfermedades del (K86), 260****Panencefalitis esclerosante subaguda (A81.1), 255****Pánico**

- ataque, 110, 114
- estado, 114

Pánico, trastorno de, con agorafobia (F41.0), 9, 113-114**Papel sexual, trastornos, 176****Parafilias, 176****Parafrenia, 79**

-
- Parálisis agitante, 34
- Paranoia, 79
 querulante, 80
- Paranoide, estado involutivo, 80
- Paranoide, psicosis psicógena, 83
- Paranoide, reacción, 83
- Paranoide, trastorno, 84
- Paranoide, trastorno de la personalidad, 160
- Paranoide-alucinatorios, estados orgánicos, 41
- Paranoides, estados orgánicos, 41
- Parasitarias, enfermedades, 255
- Parasuicidio (Z91), 269. *Ver también* daño autoinfligido
- Parkinson, enfermedad de
 demencia en (F02.3), 3, 34
 (G20), 257
- Parkinsonismo secundario (G21), 257
- Patau, síndrome de (Q91), 262
- Pene, trastorno del (N48), 261
- Péptica, úlcera (K27), 260
- Peregrinante, paciente, 182
- Personalidad
 cicloide, 105
 ciclotímica, 105
 patológica, 167
 seudopsicopática, 46
 seudorretrasada?, 46
 trastorno de múltiple (F44.81), 10, 130
- Personalidad, transformación de, tras una experiencia catastrófica (F62.0),
 12, 168-169
 enfermedad psiquiátrica (F62.1), 12, 169-170
 no atribuible a daño/lesión cerebral (F62), 12, 168-171
 no especificada (F62.9), 12, 171
 otra (F62.8), 12, 171
- Personalidad, trastorno de la
 afectivo, 105
 agresivo, 162
 amoral, 161
 anancástico (F60.5), 12, 164-165
 ansioso (evitativo) (F60.6), 12, 165
 antisocial, 161
 asocial, 161
 asténico, 166
 compulsivo, 164
 conflictivo (F61.1), 12, 167
 dependiente (F60.7), 12, 165-166
 depresivo, 106
 derrotista, 166
 disocial, 19
 disocial (F60.2), 11, 161-162
 emocionalmente inestable (F60.3), 11, 162-163

- Personalidad, trastorno de la (*cont.*)
- específicos (F60), 11-12, 158-167
 - esquizoide (F60.1), 11, 160-161
 - esquizotípico, 77
 - excéntrico, 166
 - explosivo, 162
 - (F07), 4, 45-49
 - fanático, 160
 - histérico, 164
 - histriónico (F60.4), 12, 163-164
 - inadecuado, 166
 - inestable, 166
 - inmaduro, 166
 - límite, 162
 - mixto (F61), 12, 167
 - narcisista, 166
 - no especificado (F60.9), 12, 167
 - obsesivo, 164
 - orgánico (F07.0), (F07.8), (F07.9), 4, 46-47, 48, 49, 49
 - otros especificados (F60.8), 12, 166
 - paranoide (F60.0), 11, 160
 - paranoide expansivo, 160
 - pasivo, 166
 - pasivo-agresivo, 166
 - psicoinfantil, 164
 - psiconeurótico, 166
 - psicopático, 161
 - querulante, 160
 - sensitivo paranoide, 160
 - sociopático, 161
- Pesadillas (F51.5), 10, 147-148
- Pibloktoq, 240-241
- Pica
- en el adulto, 143
 - en la infancia (F98.3), 15, 214-215
- Pick, enfermedad de
- demencia en (F02.0), 3, 32
 - (G31.0), 257
- Piel, trastornos de la (L98), 261
- Pilórico, espasmo, 134
- Piromanía patológica (F63.1), 12, 172
- Porfirinas, trastorno del metabolismo (E80), 256
- Posesión, trastornos de, 9, 52, 127
- (F44.3), 242
- Postconfusional, síndrome, 48
- Postconmocional, síndrome (F07.2), 4, 48
- Postencefálico, síndrome (F07.1), 4, 47
- Postleucotomía, síndrome, 46
- Precerebrales, estenosis/oclusión de las arterias (I65), 259
- Presenil, psicosis, 36
- Pronunciación, trastorno de la, 187

-
- Pronunciación, trastorno específico de la (F80.0), 13, 187-188
 - Prurito, 136
 - Psicalgia, 135
 - Psicastenia, 139
 - Psicológicos/del comportamiento, factores asociados con trastornos o enfermedades clasificadas en otras categorías (F54), 11, 155
 - Psicomotor, trastorno específico del desarrollo (F82), 14, 195
 - Psicopatía por carencia afectiva, 219
 - Psicosexual, trastornos del desarrollo
 - no especificado (F66.9), 12, 181
 - otros (F66.8), 12, 181
 - Psicosíndrome orgánico, 49
 - Psicosis, 249. *Ver también* trastorno psicótico
 - afectiva, 108
 - alucinatoria crónica, 87
 - atípica de la infancia, 198
 - cicloide, 81, 82
 - conversiva histérica, 124
 - crónica alucinatoria, 87
 - de tipo esquizoafectivo en epilepsia, 41
 - depresiva psicógena, 100, 103
 - desintegrativa, 200
 - epiléptica, 45
 - esquizoafectiva, 86, 87
 - esquizofreniforme, 77, 86
 - infantil, 196
 - maníaco-depresiva, 103
 - mixta esquizofrénica/afectiva, 87
 - orgánica, 49
 - orgánica no especificada (F29), 7, 88
 - paranoide, 79
 - paranoide psicógena, 83
 - presenil, 36
 - puerperal, 154
 - reactiva, 84
 - senil, 36
 - simbiótica, 200
 - sintomática, 49
 - Psicosomático, trastorno, 137
 - indiferenciado, 132
 - múltiple, 131
 - Psicótica, depresión, 103
 - Psicótico, trastorno, 66-67, 84. *Ver también* psicosis
 - alcohólico, 66
 - no orgánico (F28), 7, 87-88
 - residual/de comienzo tardío, 68-69
 - Psicótico, trastorno (F23), 6-7, 80-84
 - agudo y transitorio (F23.8), 7, 84
 - delirante agudo (F23.3), 7, 83-84
 - polimorfo agudo con síntomas de esquizofrenia (F23.1), 6, 82
 - polimorfo agudo sin síntomas de esquizofrenia (F23.2), 6, 83

Psicotropas, sustancias
 consumo perjudicial, 60
 síndrome de abstinencia, 62
 síndrome de dependencia, 60-61
Pubertad, trastorno (E30), 256
Publicaciones del Capítulo V de la CIE-10, 288-289
Puerperio, trastorno mental y del comportamiento (F53), 11, 154

R

Reacción de tristeza, 122
Rechinar de dientes, 136
Relación, trastorno de la, 133
Restzustand, 75
Rett, síndrome de (F84.2), 14, 199
Rinodactilomanía, 228
Rivalidad entre hermanos, trastorno de (F93.3), 15, 216
Robo
 cleptomanía (F63.2), 10, 173
 en compañía, 210
Rumiación, trastorno de la infancia, 225

S

Sadismo, 179
Sadomasoquismo (F65.5), 12, 179
Saka, 242-243
Salud, factores que influyen en el estado de (Z00-Z99), 266
Satiriasis, 153
Sensitive, Beziehungswahn, 79
Separación, trastorno de ansiedad de, en la infancia (F93.0), 14, 213-214
Servicios de salud, contactos (Z00-Z99), 266
Sexual, aversión/ausencia del goce (F52.1), 11, 149-150
Sexual, deseo
 trastorno de disminución del, 149
 ausencia/pérdida (F52.0), 11, 149
Sexual, desviación, 180
Sexual, disfunción no producida por una enfermedad orgánica (F52), 11, 148-153
 disfunción orgásmica (F52.3)
 eyaculación precoz (F52.4), 11, 151-152
 fracaso en la repuesta genital (F52.2), 11, 150
 no especificado (F52.9), 11, 153
 otra (F52.8), 11, 153
Sexual, impulso excesivo (F52.7), 11, 153
Sexual, orientación egodistónica (F66.1), 12, 181
Sexual, trastorno de la maduración (F66.0), 12, 180

- Sexual, trastornos de la preferencia (F65), 12, 176-180
 - múltiples (F65.6), 12, 179
 - no especificados (F65.9), 12, 180
 - otros (F65.8), 12, 180
- Sexual, trastorno de la relación (F66.2), 12, 181
- Sexual, trastorno de la respuesta en mujeres, 150
- Sexuales, cromosomas, anomalías (Q97-Q98)
- Sexuales, trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación (F66), 12-13, 180-181
- Shenk'uei, 236-237
- Shinkeishitsu, 242
- Shock
 - cultural, 122
 - psíquico, 120
- Sífilis
 - congénita (A50), 255
 - tardía (A52), 255
- Síncope
 - psicógeno, 139
 - (R55), 263
- Síndrome amnésico, 67
 - orgánico (F04), 3, 36-38
- Síndrome cerebral
 - orgánico, 45
 - post-traumático, 48
- Síndrome del niño torpe, 195
- Síndromes comportamentales
 - con alteraciones psicológicas/factores físicos (F50-59), 140-157
 - no especificado, asociado con alteraciones fisiológicas/factores físicos (F59), 157
- Síntomas
 - elaboración por motivos psicológicos (F68.0), 13, 181-182
 - producción intencionada o simulación (trastorno ficticio) (F68.1), 13, 182
- Sintomático, trastorno mental (F09), 4, 49
- Sistema nervioso central, diagnóstico de imagen (R90), 263
- Sonambulismo (F51.3), 10, 146
- Social, fobia (F40.1), 9, 111-112
- Somatización, trastorno de (F45.0), 10, 131-132
- Somatomorfa, disfunción vegetativa del sistema genitourinario (F45.34), 10, 135
- Somatoforme, trastorno (F45), 10, 130-137
 - disfunción vegetativa (F45.3), 10, 134-135
 - dolor persistente (F45.4), 10, 135-136
 - indiferenciado (F45.1), 10, 132-133
 - otro (F45.8), 10, 136-137
- Sordera
 - psicógena, 129
 - verbal, 189
- Succión del pulgar, 228
- Sueño
 - parálisis, 243
 - terrores (F51.4), 10, 147

- Sueño, trastorno
 - emocional, 148
 - (G47), 258
- Sueño, trastorno de ansiedad del, 147
- Sueño, trastorno no orgánico (F51), 10, 143-148
 - del ritmo sueño-vigilia (F51.2), 10, 145-146
 - no especificado (F51.9), 10, 148
 - otro (F51.8), 10, 148
- Suicidio (o intento de suicidio). *Ver* daño autoinfligido
- Sustancias, abuso de
 - no especificadas (F55.9), 11, 157
 - otras (F55.8), 11, 156
 - psicotropas, 60
 - que no producen dependencia (F55), 11, 155-157
- Sustancias, trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de
 - alcohol (F10), 4, 50, 52-54, 60-63, 65-69
 - alucinógenos (F16), 4, 51, 52, 53, 58, 60-62, 65-69
 - cannabinoides (F12), 4, 50, 52-53, 55, 60-63, 65-69
 - cocaína (F14), 4, 50, 52-53, 56-57, 60-62, 64, 65-69
 - disolventes orgánicos (F18), 5, 51, 52-53, 59, 60-62, 65-69
 - en el puerperio (F53), 11, 154
 - estimulantes, incluida la cafeína (F15), 4, 51, 52-53, 57, 60-62, 64, 65-69
 - hipnóticos (F13), 4, 51, 52-53, 55-56, 60-62, 63-64, 65-69
 - múltiples drogas (F19), 5, 51, 52-53, 59-62, 65-69
 - opiáceos (F11), 4, 50, 52-53, 54, 60-63, 65-69
 - sedantes (F13), 4, 51, 52-53, 55-56, 60-62, 63-64, 65-69
 - sustancias psicotropas (F10-F19), 4-6, 50-69
 - tabaco (F17), 5, 51, 52-53, 58-59, 60-62, 65-69
- Suk yeong, 237-238
- Susto, 241

T

- Tabes dorsal, 255
- Taijin kyofusho, 242
- Tartamudeo. *Ver* espasmofemia (F98.5)
- Tiamina, deficiencia (E51), 256
- Tics, trastorno de (F95), 15, 220-222
 - crónicos (F95.1), 15, 221
 - fonatorios (F95.1), 15, 221
 - fonatorios y motores múltiples y combinados (F95.2), 15, 221-222
 - no especificado (95.9), 15, 222
 - otros (F95.8), 15, 222
 - transitorios (F95.0), 15, 221
- Tiroides, trastorno por deficiencia de yodo (E01), 256
- Tirototoxicosis (E05), 256
- Tortícolis, 136
- Trance
 - (F44.3), 9, 127, 242
 - intoxicación por sustancias psicotropas, 52

Transexualismo (F64.0), 12, 174

Trastorno

definición de los límites, 248-249

duración, 250-251

uso del término, 249-250

Trastorno afectivo bipolar (F31), 7-8, 92-96

Trastorno afectivo orgánico del hemisferio cerebral derecho, 48

actualmente en remisión (F31.7), 8, 96

episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos (F31.5), 7-8, 95

episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos (F31.4), 7, 94-95

episodio actual depresivo leve-moderado (F31.3), 7, 94

episodio actual hipomaniaco (F31.0), 7, 93

episodio actual maniaco con síntomas psicóticos (F31.2), 7, 93-94

episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos (F31.1), 7, 93

episodio actual mixto (F31.6), 8, 95-96

otro (F31.8), 8, 96

no especificado (F31.9), 8, 96

Trastorno agresivo no socializado, 210

Trastorno cognitivo orgánico leve (F06.7), 4, 44-45

Trastornos de ansiedad

con depresión (F41.2), 9, 116-117

de separación de la infancia (F93.0), 14, 213-214

fóbica de la infancia (F93.1), 15, 214-215

generalizada (F41.1), 9, 115-116

generalizada de la infancia (F93.80), 15, 216-217

mixta (F41.3), 9, 117

no especificado (F41.9), 9, 117

orgánica (F06.4), 4, 43

otros (F41), 9, 113-117

otros especificados (F41.8), 9, 117

Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia (F93.2), 15, 215-216

Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-F69),

11-13, 158-183

no especificados (F69), 13, 183

otros (F68), 13, 181-183

Trastorno de labilidad emocional orgánico (F06.6), 4, 43-44

Trastorno de vinculación de la infancia

desinhibido (F94.2), 15, 219-220

reactivo (F94.1), 15, 218-219

Trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F98), 222-228

no especificado (F98.9), 228

Trastorno del comportamiento (F07), 4, 45-49. *Ver también* trastornos mentales y del comportamiento

Trastorno del comportamiento de la infancia, 211

Trastorno disocial

en la infancia, 211

"en pandilla", 210

solitario de tipo agresivo, 210

Trastorno disocial (F91), 14, 207-211

desafiante y oposicionista (F91.2), 14, 210

en el contexto familiar (F91.0), 14, 209

- no especificado (F91.9), 14, 211
- no socializado (F91.1), 14, 210
- otro (F91.8), 14, 211
- socializado (F91.2), 14, 210
- Trastorno evitativo de la infancia y adolescencia, 215
- Trastornos mixtos disociales y de las emociones (F92), 14, 212-213
 - depresivo (F92.0), 14, 212
 - no especificado (F92.9), 14, 212
 - otro (F92.8), 14, 211
- Trastornos posteriores a cirugía y a otros procedimientos del sistema nervioso (G97), 259
- Trastorno psicótico por alcohol, 66
- Travestismo
 - fetichista (F65.1), 15, 221
 - no fetichista (F64.1), 12, 174-175
- Tricotilomanía (F63.3), 12, 173
- Turner, síndrome de (Q96), 262

U

- Ufufuyane, 242-243
- Ulcerosa, colitis, 155
- Uqamairineq, 243
- Urinaria, incontinencia, 223
- Urticaria, 155

V

- Vaginismo no orgánico (F52.5), 11, 152
- Vascular, demencia (F01), 3, 30-32
 - de comienzo agudo (F01.0), 3, 30
 - mixta cortico-subcortical (F01.3), 5, 31
 - no especificada (F01.9), 3, 32
 - subcortical (F01.2), 3, 31
- Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedad por, con otras enfermedades específicas como consecuencia (B22), 255
- demencia (F02.4), 3, 35
- Virus lentos, infecciones del SNC (A81), 255
- Vitaminas, abuso (F55.4), 11, 156
- Vómitos asociados a otras alteraciones psicológicas (F50.5), 10, 143
- Voyeurismo (F65.3), 12, 178

W

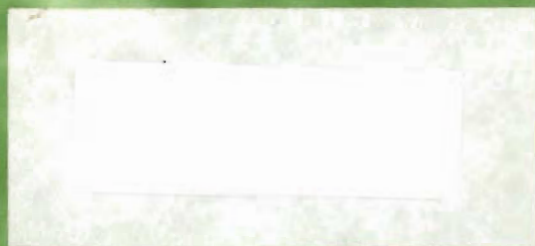
- Wernicke, afasia de, 189
- Windigo, 243-244

La utilización de una clasificación diagnóstica, ampliamente aceptada, es vital para el tratamiento afectivo de los pacientes psiquiátricos y esencial para la investigación.

Esta versión del capítulo 5 de la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), facilitará tanto la práctica como la investigación. Constituye una fuente de información, sobre la nueva clasificación, fácil de usar y a la que se puede acceder con rapidez.

El libro ha sido diseñado pensando en una amplia variedad de lectores entre los que se incluyen psiquiatras con diversos grados de formación y experiencia, investigadores y analistas de datos. Los gerentes y otros profesionales de salud mental no médicos también lo encontrarán útil.

Esta obra ha sido revisada por un psiquiatra, es práctica y tiene un enfoque clínico. Reúne en un solo volumen todos los aspectos principales relacionados con la descripción y el diagnóstico de los trastornos mentales.



EDITORIAL MEDICA
panamericana

ISBN 84-7903-492-0



9 788479 034924