

Trastornos mentales y de comportamiento de la
décima revisión de la clasificación internacional
de las enfermedades

CIE - 10

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DE LA DECIMA REVISION DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (CIE-10)

DESCRIPCIONES CLINICAS Y PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO

**Organización Mundial de la Salud
Ginebra**

La Organización Mundial de la Salud es un organismo especializado de las Naciones Unidas cuya responsabilidad principal son los problemas de salud internacional y la salud pública. La organización, que fué creada en 1948, permite a los profesionales sanitarios de 170 países intercambiar conocimientos y experiencias con objeto de que todos los ciudadanos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

La O.M.S. promueve el desarrollo de servicios de salud integrados, la prevención y el control de las enfermedades, la mejora del medio ambiente, el incremento de recursos sanitarios humanos, la coordinación y el desarrollo de investigaciones sobre servicios biomédicos y sanitarios y la planificación y realización de programas de salud. La O.M.S. lleva a cabo todas estas actividades mediante la cooperación técnica directa con sus estados miembros y estimulando la colaboración entre ellos.

Estas responsabilidades tan amplias se realizan mediante actividades muy diversas, tales como el desarrollo de sistemas de atención en salud primaria para cubrir a toda la población de los países miembros, la promoción de la salud de la madre y del niño, la lucha contra la malnutrición, el control de la malaria y otras enfermedades transmisibles, incluyendo la tuberculosis y la lepra y la coordinación de la estrategia global para la prevención y el control del SIDA. De esta manera se ha logrado la erradicación de la viruela, la promoción de la inmunización masiva contra otras enfermedades transmisibles, el aumento de la salud mental, la provisión de abastecimientos de agua seguros y la formación de personal sanitario de todas las categorías.

El progreso hacia una mejor salud global requiere además la cooperación internacional, el establecimiento de estándares para las sustancias biológicas y farmacéuticas, la formulación de criterios de salud ambiental, la recomendación para nombres internacionales no registrados de medicamentos, la administración de las Normas Internacionales de Salud, la revisión de la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y los Problemas de Salud y el recoger y difundir la información estadística sanitaria.

Las actividades y prioridades de la Organización y de sus estados miembros, están reflejadas en sus publicaciones, que proporcionan una información que aspira a promocionar y proteger la salud y a prevenir y controlar la enfermedad

PROLOGO

Al principio de la década de 1960, el programa de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) participó activamente en un proyecto destinado a mejorar el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales. Durante ese período, la O.M.S. organizó una serie de reuniones para revisar la situación en este terreno. En ellas participaron representantes de distintas disciplinas y de varias escuelas del pensamiento psiquiátrico de todo el mundo. Esto sirvió para estimular y llevar a cabo investigaciones sobre criterios de clasificación y sobre fiabilidad diagnóstica y para diseñar y publicar instrumentos para evaluaciones conjuntas, entrevistas videograbadas y otros métodos prácticos de investigación. Hubo muchas propuestas para mejorar la clasificación de los trastornos mentales, que surgieron de éste gran número de consultas. Todas ellas se tuvieron en cuenta en el borrador de la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-8). En paralelo con éstas actividades, se hizo un glosario que definía cada una de las categorías de los trastornos mentales. A continuación, el propio programa de la O.M.S. constituyó una red de personas y centros que continuaron trabajando en la mejora de la clasificación en psiquiatría.

En la década de 1970 creció aun más el interés por mejorar la clasificación psiquiátrica a nivel mundial, tendencia que se vió favorecida por el aumento del número de encuentros científicos internacionales, por el desarrollo de varios estudios de colaboración internacional y por la disponibilidad de nuevos tratamientos. Sociedades psiquiátricas de muchos países impulsaron el desarrollo de criterios específicos para la clasificación y para mejorar la fiabilidad diagnóstica. En concreto, la Asociación Psiquiátrica Americana de los EE.UU. de Norteamérica hizo y publicó su Tercera Revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico, el cual incorpora criterios operativos de clasificación.

En 1978 la O.M.S. se incorporó a un proyecto de colaboración a largo plazo con la Administración para Salud Mental y Abuso de Alcohol y Drogas (A.D.A.M.H.A.) en los EE.UU., con el objeto de facilitar mejoras posteriores de la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales y de problemas relacionados con el alcohol y las drogas. Una serie de grupos de trabajo reunió a investigadores de diferentes escuelas psiquiátricas y culturas. Estos grupos de trabajo revisaron la situación en áreas concretas y dieron recomendaciones para investigaciones futuras. En 1982 se celebró en Copenhage (Dinamarca) un importante Congreso Internacional sobre Clasificación y Diagnóstico para revisar las recomendaciones de estos grupos de trabajo y para esbozar un programa de investigación y las directrices del trabajo a seguir.

A partir de ahí, nacieron esfuerzos de investigación para llevar a la práctica las recomendaciones del Congreso de Copenhage tan diversos como importantes. Uno de ellos, que implicó a centros de 17 países, tuvo como objetivo el desarrollo de un instrumento (Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, CIDI) adecuada para llevar a cabo estudios epidemiológicos sobre los trastornos mentales en grupos de población general en diferentes países. Otro esfuerzo importante, ha sido el desarrollo de un instrumento de evaluación para la utilización clínica (Escala de Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría, SCAN,). También se ha iniciado un estudio en diferentes países para lograr un instrumento para la evaluación de los trastornos de personalidad (Examen Internacional de Trastornos de Personalidad, IPDE,). Además, se han preparado o están en preparación varios glosarios

de los términos empleados en la CIE-9 y CIE-10. Todas estas actividades se han llevado a cabo en conexión con los trabajos de definición de los Trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10 y de sus pautas para el diagnóstico. La conversión de las pautas diagnósticas en criterios individualizados y algoritmos diagnósticos ha sido muy útil para detectar y corregir inconsistencias, ambigüedades y solapamientos de la clasificación. El proceso de perfeccionamiento de la CIE-10, ha sido de gran ayuda para la evaluación de estos mismos instrumentos diagnósticos. De esta manera, el resultado final ha sido un conjunto claro y homogéneo de normas e instrumentos de evaluación, para obtener los datos necesarios para la clasificación de trastornos, de acuerdo con las pautas del Capítulo V (F) de la CIE-10.

El Congreso de Copenhage recomendó que los puntos de vista de las diferentes escuelas psiquiátricas estuvieran también presentes en las referencias a las fuentes de la CIE-10, lo cual se hizo en varias publicaciones importantes, entre ellas, un volumen que contiene capítulos sobre las fuentes de las clasificaciones de la psiquiatría contemporánea.

La preparación y la publicación del presente libro, *Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*, es la culminación de los esfuerzos de muchas personas durante muchos años. Han sido necesarios varios borradores, cada uno preparado después de amplias consultas con expertos de sociedades psiquiátricas nacionales e internacionales. El borrador preparado en 1987 fué la base de los estudios de campo realizados en 40 países, los cuales en conjunto constituyen el esfuerzo más amplio jamás realizado para mejorar el diagnóstico en psiquiatría.

La presente publicación es la primera de una serie sobre el Capítulo V (F) de la CIE-10. El resto está compuesto por *Criterios Diagnósticos de Investigación*, una versión para ser usada por personal sanitario general, y una guía de entrecruzamientos, que permita averiguar la correspondencia de los términos de la CIE-10, de la CIE-9 y de las principales clasificaciones nacionales.

La manera como ha de utilizarse esta publicación se describe en la Introducción y la sección siguiente incluye notas y comentarios sobre algunas de las dificultades más frecuentes con las que se ha enfrentado la clasificación. La sección de agradecimientos, al final del libro, tiene un significado particular porque es el testimonio del enorme número de expertos e instituciones de todo el mundo, que participaron activamente en el desarrollo de la clasificación y de sus pautas. Están representadas todas las escuelas psiquiátricas más importantes lo que dan a este trabajo su carácter internacional único, que hace que pueda ser utilizado en muchas partes del mundo. La clasificación y las pautas se han traducido y verificado en muchos idiomas y este arduo proceso para asegurar la equivalencia de las traducciones se ha reflejado en una mayor claridad, simplicidad y estructura lógica de los textos.

Una clasificación es una guía para ver el mundo en un momento determinado. No hay duda de que el progreso científico y la experiencia del uso de estas pautas requerirá al cabo del tiempo su revisión y puesta al día. Espero que cada revisión sea el producto de una colaboración científica tan cordial y productiva como ha sido la que ha dado lugar al presente libro.

PROLOGO A LA EDICION ESPAÑOLA

La edición española del Capítulo F (V) sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento de la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud es fruto de un esfuerzo colectivo considerable. No se trata simplemente de la traducción de la versión inglesa, entre otras cosas porque no hay una versión inglesa, sino que han sido necesarias cinco sucesivas, para ir incorporando la experiencia de estudios de campo y de consultas internacionales. La versión española ha seguido el mismo proceso, de tal manera que los resultados de la investigación en lengua española han repercutido en la versión original en inglés. Además, estas investigaciones y consultas han repercutido en la propia traducción, en la que se han adoptado algunas decisiones importantes para satisfacer unos objetivos mínimos. Entre estos están: a) la correspondencia con la terminología psiquiátrica moderna e internacional representada por la CIE-10, b) la adaptación a un lenguaje técnico, es decir, preciso, y a la tradición psiquiátrica española y c) el superar en lo posible anglicismos y barbarismos tan frecuentes hoy día, sobre todo, cuando éstos no añaden nada nuevo a la precisión terminológica. A pesar de todo, la jerga psiquiátrica actual queda lejos de la tradición lexicológica de la medicina, que es de raíz griega. Es el precio que ha habido que pagar por la degeneración semántica de muchos vocablos y por el hecho que gran parte de la investigación nosológica actual nació en los EE.UU. de Norteamérica. A continuación se detallan algunas de estas decisiones.

En la versión española el vocablo trastorno se utiliza con mayor amplitud que en la inglesa, ya que por un lado define el ámbito de la nosología y por otro conserva la ambigüedad indispensable para incorporar los avances del conocimiento. Así, no todas las variaciones de la personalidad se incluyen en el Capítulo F (V) y por ello no se habla, por ejemplo, de personalidad histérica o paranoide. Sólo algunas de las personalidades con rasgos histéricos o paranoides alcanzan el grado de lo morboso. Dicho de otro modo, sólo algunas cumplen con determinados criterios diagnósticos. Cuando se cumple ésto, se habla de trastornos histéricos o paranoides de la personalidad. Los demás tipos y si acaso grados, de la personalidad no morbosos pero relevantes para la medicina, figuran en el Capítulo Z de la CIE-10 junto con otros factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con servicios médicos.

Por otro lado, no tienen el mismo grado patológico el morbus Alzheimer, la neurastenia o la piromanía. Sin embargo, todos ellos son trastornos, con independencia de que en su día se conozcan mejor los fundamentos biológicos, psicológicos o sociales que condicionan su etiopatogenia. Trastorno es la única palabra que tolera ambigüedad en la CIE-10.

En castellano, como en otras lenguas latinas, la palabra delirio incluye el delirio confusional y el delirio esquizofrénico. La necesidad de distinguir delirium de delusion (o Delir y Wahn en alemán) ha obligado a utilizar delirium por un lado e ideas delirantes por otro. He de confesar que delusión contaba con mi agrado (si acaso por su adjetivo delusivo), pero el neologismo ya antiguo de Honorio Delgado no contó con un consenso suficiente. Por otra parte, tampoco resolvía el problema del delirio confusional, que hubiera tenido que llamarse delirium, y esta vez sin adjetivo unívoco (delirante pertenece a delirium y a idea delirante). La decisión adoptada ha permitido no utilizar nunca la palabra delirio, y

conserva la palabra delirante para idea delirante.

Parecido problema plantea la palabra afectivo y trastornos afectivos tal y como se utilizan en el DSM-III. El DSM-III-r y la CIE-10 han adoptado la expresión Mood (affective) disorders. Mood, humor, es una palabra mucho más adecuada que afectivo y permite concebir estos trastornos de un modo menos restrictivo. Por eso, Bipolar affective disorders se ha traducido como Trastorno bipolar (y no como Trastorno afectivo bipolar) y la palabra afectivo aparecen siempre entre paréntesis.

La versión inglesa utiliza a menudo la palabra persistent, cuya traducción castellana podía ser crónico. Sin embargo, se ha preferido siempre que ha sido posible persistente por el matiz negativo de la cronicidad ("enfermos crónicos") y también por soslayar la tendencia o amenaza que existe en muchos países de excluir la patología crónica y residual del ámbito de la sanidad (por ejemplo de la competencia de los Ministerios de Sanidad) para pasarlos al de las prestaciones sociales. Esto sucede con los alcohólicos crónicos, con las esquizofrenias residuales, con el retraso mental, con la demencia del anciano o con la propia del SIDA. Con independencia del lugar donde reciben asistencia y de la entidad responsable de la misma, es cierto que la psiquiatría no puede cerrar los ojos a esta patología, por mucho que esté, hoy día, fuera del alcance de sus posibilidades terapéuticas. Ansiedad y angustia se utilizan como sinónimos en la CIE-10 (corresponden al inglés anxiety). En la mayoría de los casos figura ansiedad, ya que se utiliza con mas frecuencia en medicina en general. Angustia parece significar una mayor gravedad psiquiátrica, fuera del alcance de la experiencia y posibilidades de intervención del médico general y de especialistas no psiquiátras. Resulta sorprendente el éxito de la palabra pánico en castellano. Los enfermos con crisis de este tipo, cuando se esfuerzan en describirlas, sienten un súbito alivio a sus desvelos cuando se les pregunta: "¿Es pánico eso que Vd. siente?" "Efectivamente, eso es", es la respuesta inmediata. La palabra describe muy bien la angustia en la soledad de un espacio poblado, que es el sentido griego original. No sucede esto en francés o alemán, donde el vocablo está impregnado por la experiencia de los pánicos colectivos de las dos guerras mundiales.

Las secciones de psiquiatría infantil han abandonado muchas palabras tradicionales (dislexia por ejemplo) porque han sido utilizadas de manera muy poco precisa. Algo parecido sucede con autismo. La desventaja de tener que decir trastorno específico de la lectura o trastorno generalizado del desarrollo frente a dislexia o autismo se ve compensada por una mayor precisión. Bien es verdad que es frecuente que las clasificaciones se utilicen mal, es decir, tomando de ellas los nombres de los trastornos sin aplicar las pautas y criterios diagnósticos con precisión. Sería penoso que esto sucediera y que trastorno específico de la lectura no fuera un diagnóstico, una alforja, más preciso que dislexia. Por lo demás la versión española no ha presentado graves conflictos que no hayan podido ser resueltos. La experiencia de los estudios de campo realizados demuestra que su grado de aceptación, de comodidad de uso y de fiabilidad inter-examinador son análogos a los de la versión en otras lenguas. Es de esperar que estas cualidades persistan en el futuro. Piensen aquellos que se decidan a utilizar la CIE-10 que se trata de un instrumento para el conocimiento y para fundamentar decisiones clínicas que han sido definidos como lenguaje universal de la psiquiatría. Se trata, en mi opinión, de un paso de gigantes en estas postrimerías del segundo milenio.

INTRODUCCIÓN

El capítulo V de la CIE-10, Trastornos Mentales y del Comportamiento, va a publicarse en versiones diferentes destinadas a aplicaciones distintas. La versión presente está destinada a la clínica general, a la docencia y a fines administrativos. Los Criterios Diagnósticos de Investigación están destinados para la investigación clínica y se han diseñado para ser utilizados junto con este tomo. El glosario de la CIE-10 es mucho más corto y es adecuado para la utilización por codificadores y administrativos, pero también sirve como punto de referencia para la compatibilidad con otras clasificaciones. No se recomienda para ser utilizada por profesionales de salud mental. En la actualidad están en preparación versiones más cortas y simplificadas, con un esquema multiaxial para ser utilizada en atención primaria. Las Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico han sido el punto de partida para el desarrollo de las diferentes versiones y se ha tenido el máximo cuidado para evitar incompatibilidad entre todas ellas.

PRESENTACION

La utilización del capítulo V (F) de la CIE-10 requiere un detenido estudio de esta introducción general, así como de los párrafos de introducción y explicación adicionales situados al comienzo de varias de las categorías de la clasificación. Esto es especialmente importante en la categoría F23 [Trastornos psicóticos agudos y transitorios] y en la sección F30-39 [Trastornos del humor (afectivos)]. Desde hace mucho tiempo se conocen las grandes dificultades que hay para la descripción y clasificación de estas categorías y por ello se ha puesto un especial énfasis en aclarar la forma en que han sido enfocados estos problemas. Cada trastorno se acompaña de la descripción de sus características clínicas principales, así como de las características secundarias que, aunque menos específicas, son sin embargo relevantes. A continuación aparecen unas "Pautas para el diagnóstico". En la mayoría de los casos indican el número y los síntomas específicos que suelen requerirse para un diagnóstico fiable. Sin embargo, en la redacción de dichos síntomas se ha mantenido un cierto grado de flexibilidad de cara a las decisiones diagnósticas, para que la clasificación pueda ser utilizada en variadas y a menudo complejas situaciones clínicas, en las que deben tomarse decisiones diagnósticas antes de que el cuadro clínico haya podido ser totalmente aclarado o cuando la información es aún incompleta. En algunas ocasiones y para evitar repeticiones innecesarias, se proporciona la descripción clínica y pautas para el diagnóstico de ciertos grupos de trastornos, además de aquellas específicas de cada trastorno aislado dentro del grupo.

Cuando los requisitos exigidos en las pautas para el diagnóstico se cumplan de forma evidente el diagnóstico puede ser formulado como "seguro". Sin embargo, en muchos casos es útil registrar el diagnóstico a pesar de que las pautas no se satisfagan totalmente. El clínico y todos aquellos que utilicen las pautas diagnósticas deben decidir en qué circunstancias vale la pena recoger diagnósticos que ofrecen grados menores de confianza (tales como "provisional" si se espera que aparezca más información o "probable" si la obtención posterior de dicha información es muy improbable) en los casos en los que no se satisfagan en su totalidad las pautas propuestas. Las definiciones sobre la duración de los síntomas están asimismo pensadas más como pautas generales, que como requisitos

estrictos. El clínico debería utilizar su propio criterio sobre la conveniencia de escoger un diagnóstico, aunque la duración de un síntoma determinado sea ligeramente mayor o menor de lo requerido.

Las pautas para el diagnóstico debieran ser, asimismo, un estímulo útil para la docencia, dado que sirven de recordatorio de aspectos de la práctica clínica que suelen encontrarse ampliamente desarrollados en la mayoría de los manuales de Psiquiatría. También pueden ser adecuados para aquellos proyectos de investigación en los cuales no se requiera la mayor precisión (y por consiguiente restricción) que ofrecen los Criterios Diagnósticos de Investigación.

Las descripciones y pautas no presuponen implicaciones teóricas y tampoco pretenden abarcar la amplitud de los conocimientos actuales sobre los trastornos mentales y del comportamiento. Son únicamente un conjunto de síntomas y descripciones consensuadas por un gran número de asesores clínicos e investigadores de diferentes países, que sirve de base razonable para la definición de las diferentes categorías de la clasificación de los trastornos mentales.

PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE EL CAPITULO V (F) DE LA CIE-10 Y EL CAPITULO V DE LA CIE-9

Principios generales de la CIE-10

La CIE-10 es mucho más amplia que la CIE-9. Los códigos numéricos (001-999) de la CIE-9 han sido sustituidos en la CIE-10 por un sistema de codificación alfanumérico de códigos de una letra seguida de dos números, que completan el nivel de tres caracteres (A00-Z99). Así se ha aumentado considerablemente el número de categorías disponibles para la clasificación. Además, un nivel de cuatro caracteres permite subdivisiones numéricas decimales con mayor detalle.

El capítulo que trata de los trastornos mentales en la CIE-9 sólo tenía treinta categorías de tres caracteres (290-319). En el capítulo V (F) de la CIE-10 hay cien categorías. Sin embargo, varias de estas categorías no se utilizan ahora, para permitir la introducción de cambios en la clasificación sin la necesidad de rediseñar el sistema entero.

La CIE-10 en conjunto ha sido diseñada para ser la clasificación nuclear de cada una de las familias de enfermedades y de circunstancias relacionadas con la sanidad. La utilización de caracteres adicionales, hasta cinco o seis, permite detallar más específicamente alguna de sus partes. Por el contrario, en ocasiones, puede ser necesario condensar las categorías para conseguir unos grupos suficientemente amplios como para, por ejemplo, la aplicación en atención primaria o en la práctica general. La "familia" de clasificaciones de información no contenida en la CIE-10 pero con importantes aplicaciones médicas o sanitarias, incluye, la clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, la Clasificación de Procedimientos en Medicina y la Clasificación de los Motivos de Contacto de Enfermos con Personal Sanitario.

Neurosis y psicosis

La distinción tradicional entre neurosis y psicosis que se mantenía en la CIE-9 (aunque deliberadamente sin intentar definir ambos conceptos) no se mantiene en la CIE-10. Sin

embargo, el término "neurótico" persiste para un uso ocasional, por ejemplo, en el encabezamiento de un grupo principal de trastornos: F40-49 (Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos). La mayoría de los trastornos considerados como neurosis por quienes utilizan este concepto están en dicha sección y en las siguientes, con excepción de las neurosis depresivas. Para facilitar el uso de la clasificación, los trastornos se agrupan según el tema principal común o la semejanza diagnóstica, más que siguiendo la dicotomía neurótico-psicótico. Por ejemplo, ciclotimia (F34.0) figura en la sección F30-39 [Trastornos del humor (afectivos)], en lugar de en la sección F60-69 (Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto) y todos los trastornos debidos al consumo de sustancias psicotropas están agrupados en F10-19, con independencia de su gravedad.

"Psicótico" se ha mantenido como término descriptivo, en particular en F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios, sin que el recurrir a él presuponga nada sobre posibles mecanismos psicodinámicos, capacidad de introspección o juicio de realidad. El concepto se usa simplemente para indicar la presencia de alucinaciones, de ideas delirantes o de un número limitado de comportamientos claramente anormales, tales como gran excitación o hiperactividad, aislamiento social grave y prolongado no debido a depresión o ansiedad, marcada inhibición psicomotriz y manifestaciones catatónicas.

OTRAS DIFERENCIAS ENTRE LA CIE-9 Y LA CIE-10

Se han agrupado en F00-F09 todos los trastornos cuya causa sea orgánica, lo que hace más fácil el uso de esta parte de la clasificación en relación con la CIE-9.

La reordenación de los trastornos mentales y del comportamiento debidos a las sustancias psicoactivas en F10-19 ha resultado también más útil que el sistema anterior. El tercer carácter indica la sustancia usada, el cuarto y quinto carácter, el síndrome psicopatológico, por ejemplo de intoxicación aguda y estados residuales. Esto permite la información sobre todos los trastornos relacionados con la sustancia aunque sólo se use las categorías de tres caracteres.

El bloque que comprende la esquizofrenia, los estados esquizotípicos y los trastornos de ideas delirantes (F20-F29) se han ampliado con la introducción de nuevas categorías, tales como esquizofrenia indiferenciada, depresión postesquizofrénica y trastorno esquizotípico. La clasificación de psicosis aguda breve, que se veía frecuentemente en los países en desarrollo, se ha ampliado bastante en comparación con la de la CIE-9.

La clasificación de los trastornos afectivos se ha visto influenciada por la adopción del principio de trastornos agrupados conjuntamente con un tema común. Términos tales como "depresión neurótica" y "depresión endógena" no se han usado, pero sus equivalentes próximos pueden encontrarse entre los diferentes tipos y niveles de gravedad de la depresión que están ahora especificados (incluyendo la distimia (F34.1)).

Los síndromes comportamentales y los trastornos mentales asociados con disfunciones fisiológicas y cambios hormonales, tales como trastornos de la alimentación, trastornos del sueño no orgánicos, y disfunciones sexuales se han agrupado en F50-F59 y se han descrito con mayor detalle que en la CIE-9, debido a las necesidades crecientes de tales clasificaciones en psiquiatría de enlace.

El bloque F60-F69 contiene nuevos trastornos de la conducta adulta, tales como el juego patológico, la piromanía y el robo, así como trastornos más tradicionales de la personalidad. Los trastornos de la preferencia sexual están diferenciados claramente de los trastornos de la identidad genérica, y la homosexualidad en sí misma está incluida como una categoría. Algunos otros comentarios sobre cambios entre las previsiones para la codificación de los trastornos específicos de la infancia y del retraso mental pueden encontrarse en las páginas 42, 43 y 44.

PROBLEMAS TERMINOLOGICOS

Trastorno

El término "trastorno" se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como "enfermedad" o "padecimiento". Aunque "trastorno" no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo. Los trastornos mentales definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales.

Psicógeno y psicosomático

El término "psicógeno" no ha sido utilizado en los títulos de las categorías, debido a que tiene distintos significados en las diferentes lenguas y diferentes escuelas psiquiátricas. Cuando aparece en el texto, el término debe ser interpretado en el sentido de que el clínico considera que acontecimientos vitales o dificultades ambientales desempeñan un papel importante en la génesis del trastorno.

Por los mismos motivos, el término "psicosomático" no se usa en la CIE-10. Además este término puede implicar que los factores psicológicos no juegan un papel en el desencadenamiento, curso y evolución de otras enfermedades no descritas como psicosomáticas. Los trastornos así denominados en otras clasificaciones aparecen en los apartados F45 (trastornos somatomorfos), F50 (trastornos de la conducta alimentaria), F52 (disfunción sexual de origen no orgánico) y F54 (factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar). Es especialmente importante reparar en la categoría F54, que corresponde a la categoría 316 en la CIE-9, la cual debe utilizarse para señalar la asociación de trastornos orgánicos (codificados en otros apartados dentro de la CIE) con una etiología emocional. Por ejemplo, el asma o el eczema psicógenos deben codificarse de acuerdo con la categoría F54 del capítulo V (F) junto con el código adecuado para la enfermedad orgánica, tomado de otros capítulos de la CIE.

Deficiencias, discapacidades, minusvalías y otros términos relacionados

Los términos "deficiencia", "discapacidad" y "minusvalía" se han empleado de acuerdo con las recomendaciones del sistema adoptado por la OMS. En algunas ocasiones el término se ha usado en un sentido amplio cuando se podía justificar por la tradición clínica. Ver también las páginas 31 y 32, que se refiere a la demencia y su relación con la deficiencia y su relación con la deficiencia, discapacidad y minusvalía.

ASPECTOS PRACTICOS

Trastornos de niños y adolescentes

Las secciones F80-F89, trastornos del desarrollo psicológico y F90-98, trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia, abarcan únicamente aquellos trastornos que son específicos de estas edades. Varios de los trastornos de otras categorías pueden presentarse en personas de casi cualquier edad y por lo tanto pueden ser utilizados para niños y adolescentes. Por ejemplo, F50, trastornos de la conducta alimentaria, F51, trastornos no orgánicos del sueño y F64 trastornos de la identidad sexual. Algunos tipos de fobias que se presentan en la infancia plantean problemas concretos de clasificación, tal y como se especifica en F93.1, trastorno de ansiedad fóbica de la infancia.

Registro de más de un diagnóstico

Se recomienda que los clínicos sigan la regla general de anotar todos los diagnósticos que se necesiten para abarcar todo el cuadro clínico. Cuando se registren más de un diagnóstico, suele ser conveniente escoger uno de ellos como diagnóstico principal, quedando los demás como secundarios o adicionales. Debe darse prioridad a los diagnósticos más relevantes en relación con el motivo por el cual se recogen. En la práctica clínica éste suele corresponder al trastorno que motiva la consulta o el contacto con los servicios en los cuales se recoge la información. En muchos casos será el trastorno que motivó el ingreso en el hospital, el seguimiento ambulatorio o en una unidad de hospital de día. En otros casos, desde un punto de vista de la trayectoria vital del enfermo, el diagnóstico más importante puede corresponder al trastorno que padece el enfermo a lo largo de los años, el cual puede ser distinto de aquel que motiva la consulta actual (por ejemplo en el caso de un enfermo afecto de esquizofrenia crónica que acude por presentar de forma aguda síntomas de ansiedad). Si existen dudas acerca del orden en que deben registrarse varios diagnósticos, o bien el clínico no conoce con certeza el propósito al que va a ser destinada la información una regla simple consiste en registrar los diagnósticos en el orden numérico en el que éstos aparecen en la clasificación.

Registro de diagnósticos de otros capítulos de la CIE-10

Se recomienda encarecidamente el uso de otros capítulos de la CIE- 10 además del capítulo V (F). En un anexo de éste tomo figura un listado y resumen de los capítulos más relevantes para los servicios de salud mental. Estos son, entre otros:

Capítulo VI: Enfermedades del Sistema Nervioso (G).

Capítulo XVII: Malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas (Q).

Capítulo XVIII: Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte (R).

Capítulo XIX: Lesiones, intoxicaciones y otras secuelas de causas externas (S, T).

Capítulo XX: Causas externas de morbilidad y mortalidad (X).

Capítulo XXI: Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud (Z).

Como registrar un diagnóstico

El diagnóstico debe ser registrado anotando el código y el texto diagnóstico correspondiente. Lo mismo debe hacerse para los diagnósticos adicionales de otros capítulos del apéndice (página xx). Hay que ser especialmente cuidadoso en este último caso, ya que en el apéndice sólo aparecen los tres primeros caracteres del diagnóstico y los servicios de archivo necesitan, para una correcta identificación del diagnóstico, poder añadir un cuarto carácter tomado del tomo principal de la CIE-10.

OTRAS VERSIONES DEL CAPITULO V (F) DE LA CIE-10

Las otras versiones del capítulo V (F) de la CIE-10 que han sido o están siendo desarrolladas en paralelo con la presentada aquí son:

- 1) Conjunto de Criterios Diagnósticos de Investigación (CDI-10).**
- 2) Sistema multiaxial para la descripción de enfermos y diagnósticos.**
- 3) Clasificación simplificada para asistencia primaria.**
- 4) Breve glosario, de formato y tamaño similares al actual glosario del capítulo V (Trastornos mentales) de la CIE-9, que se incluirá en el volumen general del CIE-10. Está destinado a ser utilizado por codificadores no profesionales y para poder hacer comparaciones con otras clasificaciones con fines administrativos y económicos.**

Estas versiones serán publicadas por separado, y serán sometidas a estudios de campo internacionales en un futuro próximo.

NOTAS A ALGUNAS CATEGORIAS CONCRETAS DE LA CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DE LA CIE-10

Durante la elaboración de la sección de trastornos mentales de la CIE-10, algunas categorías despertaron un considerable interés y fue necesario un debate especial antes de alcanzarse un consenso entre todos los participantes. A continuación se resume el contenido de estas discusiones.

RELACION DE LAS DEMENCIAS (F01-F03) CON LAS DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALIAS

La reducción de la capacidad cognitiva es esencial para el diagnóstico de demencia, pero el deterioro consecuente del funcionamiento social, tanto a nivel familiar como laboral, no se incluye entre las pautas diagnósticas. Este es un ejemplo de un principio general que se aplica a las definiciones de todos los trastornos del capítulo V de la CIE-10, que ha sido adoptado a la vista de las diferencias entre distintas culturas, religiones y naciones en lo que respecta a los papeles sociales al alcance de los individuos y aceptables por ellos. Sin embargo, una vez hecho el diagnóstico, la medida en que la vida familiar o la actividad laboral y las diversiones están impedidas, suele constituir un buen indicador de la gravedad del trastorno.

Este es el momento oportuno para referirse a las relaciones entre síntomas, criterios diagnósticos y sistemas adoptados por la O.M.S. para describir las deficiencias, discapacidades y minusvalías. De acuerdo con esta clasificación, las deficiencias, (esto es, "toda pérdida o anormalidad de una estructura o función") se manifiestan psicológicamente por una interferencia con funciones mentales tales como la memoria, la atención y las emociones. Hay muchos tipos de deficiencias psicológicas que han sido reconocidas como síntomas psiquiátricos. En menor grado, algunos tipos de discapacidad (definida como "toda restricción o ausencia, debida a deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del rango que se considera normal para el ser humano") han sido también a veces considerados como síntomas psiquiátricos. Algunos ejemplos de discapacidad de este tipo en el plano personal son las actividades cotidianas, por lo general necesarias, relacionadas con el cuidado personal y la supervivencia (asearse, vestirse, comer y controlar los esfínteres). La interferencia con estas actividades suele ser una consecuencia de la alteración psicológica, y tiene muy pocas influencias culturales. Por lo tanto, las discapacidades personales pueden ser criterios y pautas, válidos, en concreto en el caso de la demencia.

Por el contrario, las minusvalías (es decir, "las situaciones desventajosas para un individuo determinado, que limitan o impiden el desempeño de un papel que es normal en su caso, en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales") son el efecto de las deficiencias o discapacidades en un contexto social amplio, en el que pueden influir de un modo determinante factores culturales. Por lo tanto, las minusvalías para un determinado papel no deben ser utilizadas como componentes esenciales de un diagnóstico.

DURACION REQUERIDA DE LOS SINTOMAS EN LA ESQUIZOFRENIA (F20.-)

Estadíos prodrómicos.

Antes de la aparición de los síntomas esquizofrénicos característicos puede haber un período prodrómico de semanas o meses, en particular en enfermos jóvenes, durante el cual aparece un conjunto de síntomas inespecíficos, tales como pérdida de interés, evitación de la compañía de los otros, abandono del trabajo, irritabilidad e hipersensibilidad. Estos síntomas no son diagnósticos de ningún trastorno en particular, pero tampoco son característicos del estado normal del individuo. A menudo estos síntomas son tan perturbadores para la familia e incapacitantes para el enfermo como los síntomas más claramente morbosos, como las ideas delirantes y las alucinaciones que se presentan más tarde. Considerado retrospectivamente, este estadio prodrómico parece ser una parte importante de la historia natural del trastorno, aunque hay poca información sobre pródromos similares en otros trastornos psiquiátricos o sobre la aparición y desaparición ocasionales de estados similares en personas que nunca desarrollan un trastorno psiquiátrico diagnosticable.

Estaría justificado incluir este estadio prodrómico en las pautas opcionales para el diagnóstico de la esquizofrenia si pudiera caracterizarse, o fuera específico de este trastorno, o si pudiera describirse con fiabilidad y si además fuera muy raro en otro tipo de enfermos o en personas sin patología. Para el propósito de la CIE- 10 se considera que la información sobre este punto es, en el momento actual, insuficiente para justificar la inclusión del estadio prodrómico como parte del diagnóstico. Un problema adicional, estrechamente relacionado con el anterior y también pendiente de ser resuelto, es hasta qué punto estos estadios prodrómicos pueden distinguirse de los trastornos esquizoide y paranoide de la personalidad.

Diferenciación de los trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23.-) de la esquizofrenia (F20.-)

El diagnóstico de esquizofrenia en la CIE 10 se basa en la presencia de ideas delirantes, alucinaciones y otros síntomas características, descritos en las páginas xx y xx, y porque además se satisface el requisito de una duración mínima de un mes.

Hay en algunos países una tradición clínica muy arraigada, basada en estudios descriptivos más que epidemiológicos, que apoya la noción que de hay muchas psicosis agudas que tienen una presentación brusca, un curso breve de unas pocas semanas o incluso días y una evolución favorable, que son de naturaleza distinta a la de la demencia praecox de Kraepelin y a la de las esquizofrenias de Bleuler. Términos como el de "bouffé délirante", psicosis psicógena, psicosis esquizofreniforme, psicosis cicloide y psicosis reactiva breve indican la extensión y a la vez la diversidad con que se han recogido estas perspectivas en las diferentes escuelas. También hay opiniones y datos contradictorios sobre si en estos trastornos esquizofrénicos pueden presentarse síntomas característicos pero transitorios, así como sobre su relación frecuente con tensiones psicológicas agudas (aunque la "bouffée délirante" fué descrita originalmente como no relacionada con claros factores precipitantes psicológicos).

Dada la falta actual de conocimientos suficientes sobre la esquizofrenia y sobre estos trastornos más agudos, se consideró que la mejor opción para la CIE-10 consistía en exigir un tiempo mínimo para la aparición, reconocimiento y posterior remisión de los síntomas antes de hacer un diagnóstico de esquizofrenia. La mayor parte de los datos clínicos y la opinión de los expertos sugieren que en la mayoría de los enfermos con estas psicosis agudas, la instauración de los síntomas psicóticos tiene lugar en unos pocos días o a lo largo de una a dos semanas como máximo y muchos de los enfermos se recuperan con o sin medicación en dos o tres semanas. Por ello parece razonable especificar la necesidad de la presencia de síntomas esquizofrénicos claros y característicos durante al menos un mes antes de hacer el diagnóstico. Por lo tanto, lo más adecuado parece ser tomar un mes como punto de corte entre los trastornos agudos con síntomas esquizofrénicos y la esquizofrenia misma. En los enfermos psicóticos sin síntomas esquizofrénicos, cuando estos persisten más de un mes no es necesario cambiar el diagnóstico hasta alcanzar los requisitos temporales de trastorno de ideas delirantes (F22.0), es decir, tres meses (ver la discusión más abajo). También se sugiere una duración similar para los casos de psicosis sintomáticas agudas (la psicosis anfetamínica es el mejor ejemplo). La desaparición de los síntomas se produce en ocho a diez días después de la suspensión del tóxico, pero teniendo en cuenta que los síntomas tardan de siete a diez días en alcanzar un nivel que de lugar a problemas (el tiempo que tarde el enfermo en acudir a los servicios psiquiátricos), la duración total del cuadro puede ser de veinte días o más. Por tanto, si persisten los síntomas característicos, un mes parece ser el período adecuado exigible antes de llamar esquizofrenia a un trastorno. La adopción de un mes de duración de los síntomas psicóticos característicos como pauta necesaria para el diagnóstico de esquizofrenia descarta la idea asumida de que la esquizofrenia debe ser de duración relativamente larga. Una duración de seis meses se ha adoptado en varias clasificaciones nacionales, si bien de acuerdo con los conocimientos actuales no parece que una restricción del diagnóstico de este tipo suponga ninguna ventaja. En dos grandes estudios multicéntricos internacionales sobre esquizofrenia y trastornos relacionados, el segundo de los cuales era de carácter epidemiológico, se encontró que una gran proporción de enfermos cuyos síntomas eran clara y típicamente esquizofrénicos duraron más de un mes y menos de seis, y tuvieron remisiones del trastorno marcadas, o incluso completas. Por esto, parece mejor para el propósito de la CIE-10 evitar cualquier afirmación sobre una cronicidad necesaria para el diagnóstico de esquizofrenia y considerar el término como descriptivo de un síndrome de diversas etiologías (muchas de ellas desconocidas) y varias formas de presentación, que dependen del equilibrio de influencias genéticas, somáticas, sociales y culturales.

Se ha discutido sobre mucho cuál es la duración más adecuada para los síntomas cuando se trata de hacer un diagnóstico de trastorno de ideas delirantes persistentes (F22.-). Al final se eligió como menos malo, un período de tres meses, ya que haber elegido un punto de corte a los seis meses o más, obligaba a introducir nuevas categorías diagnósticas entre los trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23.-) y el trastorno de ideas delirantes persistentes. Todo el tema de la relación entre este tipo de trastornos necesita mejores conocimientos de los que se disponen hoy día. Una solución relativamente sencilla, la que da prioridad a los trastornos agudos y transitorios, parece la mejor opción y sin duda contribuirá a estimular la investigación en este campo.

La elaboración de la definición de los trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23.-) se ha guiado por el principio de describir y clasificar un trastorno o grupo de trastornos y de hacer explícitas opciones en lugar de utilizar nociones preconcebidas aunque aceptadas.

Este punto se discute brevemente en la introducción de dichas categorías diagnósticas

En esta clasificación no se ha usado el término esquizofreniforme para ningún trastorno concreto. La razón es que ha venido siendo aplicado en las últimas décadas a conceptos clínicos diferentes y se asocia con un conjunto de características tales como inicio agudo, duración relativamente breve, síntomas atípicos o mixtos y un relativamente buen pronóstico. Nada sugiere que este término aporte nuevas ventajas, de tal forma que no hay casi ningún motivo para incluirla en la denominación de una categoría diagnóstica. Además, la categoría F23 (trastornos psicóticos agudos y transitorios) y sus subdivisiones, y el requisito de la presencia de síntomas durante al menos un mes para el diagnóstico de esquizofrenia, hace que no sea necesaria una categoría intermedia más como diagnóstico. El término esquizofreniforme se ha insertado en varios lugares como un término relevante para aquellos trastornos que tienen una mayor concordancia con el significado que ha adquirido a lo largo del tiempo, como guía para los que quieran utilizarlo. Dichos términos son: trastorno, crisis o psicosis esquizofreniforme sin especificar en F20.8 (otra esquizofrenia) y trastorno, ataque o psicosis esquizofreniforme breve en F23.2 (trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico).

ESQUIZOFRENIA SIMPLE (F20.6)

Se conserva esta categoría diagnóstica porque sigue siendo usada en algunos países y porque no son claras ni su naturaleza ni sus relaciones con el trastorno de la personalidad esquizoide y con el trastorno desquizotípico, todo lo cual necesita de información adicional para poder ser resuelto. Los criterios propuestos para su diferenciación ponen un énfasis especial en delimitar claramente en la práctica este grupo de trastornos.

TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS (F25.-)

La conveniencia de incluir los trastornos esquizoafectivos (F25.-) de la CIE 10 en el bloque F20-F29 (esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes) o en F30-F39 (trastornos del humor [afectivos]) no puede apoyarse en investigaciones definitivas en ninguno de los dos sentidos. La decisión de colocarlos en F20-F29 fué consecuencia de los datos de los estudios de campo del borrador de 1987 y por los comentarios que dicho borrador suscitó en todo el mundo a través de las sociedades miembros de la Asociación Mundial de Psiquiatría, lo cual demuestra que hay grandes y prestigiosas escuelas clínicas que desean que sean mantenidos entre los trastornos relacionados con la esquizofrenia. Es importante en este contexto el que, dado un conjunto de síntomas afectivos, la suma de tan solo ideas delirantes no congruentes con el estado de ánimo, no es suficiente para cambiar el diagnóstico por el de trastorno esquizoafectivo. Debe estar presente durante el mismo episodio del trastorno al menos un síntoma típicamente esquizofrénico acompañando a los síntomas afectivos.

TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) (F30-F39)

Es probable que muchos psiquiatras sigan en desacuerdo con la clasificación de los trastornos del humor hasta que los métodos de clasificación de los síndromes clínicos puedan apoyarse al menos en parte, en datos fisiológicos y bioquímicos, en lugar de limitarse, como ocurre en la actualidad, a la descripción clínica del estado emocional y del comportamiento. Mientras persista esta limitación, las alternativas: son una clasificación

relativamente sencilla con pocos niveles o una clasificación más detallada y con muchas más subdivisiones.

El borrador de la CIE 10 de 1987 utilizado en los estudios de campo tenía el mérito de la sencillez. Incluía, por ejemplo, sólo episodios depresivos leves y graves, sin separación entre hipomanía y manía y sin recomendaciones sobre la especificación de la presencia o ausencia de conceptos clínicos habituales, como los de "síndrome somático" o alucinaciones e ideas delirantes. Sin embargo, las sugerencias de muchos de los clínicos implicados en los estudios de campo y los comentarios recibidos de otras fuentes, demostraron que había una demanda general para especificar varios niveles de gravedad y para incluir los conceptos mencionados. Además, el análisis preliminar de los estudios de campo puso en evidencia en muchos centros, que la categoría de episodio depresivo leve suele tener una baja fiabilidad entre investigadores.

También se puso de manifiesto que la opinión de los clínicos sobre el número de subdivisiones requeridas para la depresión están muy influenciadas por el tipo de enfermos que tratan con más frecuencia. Así, aquellos que trabajan en asistencia primaria, en consultas externas o en psiquiatría de enlace necesitan medios para la descripción de enfermos con estados depresivos leves pero clínicamente significativos. Aquellos que trabajan en unidades de hospitalización prefieren categorías más extremas.

Consultas posteriores con expertos en trastornos del humor (afectivos) dieron lugar a la versión actual, en la se han incluido opciones que especifican varios de sus aspectos, los cuales, aunque aún no pueden ser asumidos con certeza científica, son considerados clínicamente útiles por psiquiatras de muchas partes del mundo. Es de esperar que su inclusión estimule un mayor debate e investigación sobre su validez clínica.

Queda por resolver el problema de cómo definir y hacer utilizar el diagnóstico de las ideas delirantes no congruentes con el ánimo. Parece que hay una demanda clínica suficiente y una evidencia en favor de la especificación de las ideas delirantes congruentes e incongruentes con el estado de ánimo, al menos como una opción adicional.

Trastorno depresivo recurrente breve

Desde la introducción de la CIE-9 se ha ido acumulando suficiente información que justifica la introducción de una categoría especial para los trastornos depresivos breves que satisfacen las pautas de intensidad del episodio depresivo (F32.-) pero no los de duración. Estos estados recurrentes no tienen aún una significación nosológica clara, pero el adscribirles una categoría debe estimular la recogida de información encaminada a un conocimiento mejor de su frecuencia y su evolución a largo plazo.

AGORAFOBIA Y TRASTORNO DE PANICO

Hay en la actualidad un importante debate sobre el carácter primario de la agorafobia o del trastorno de pánico. Desde una perspectiva internacional y transcultural, la evidencia disponible no parece justificar el abandono de una noción todavía muy aceptada, de que es mejor considerar el trastorno fóbico como el trastorno primario, siendo las crisis de pánico indicadoras de la gravedad del mismo.

CATEGORIAS MIXTAS DE ANSIEDAD Y DEPRESION

Muchos psiquiatras y no psiquiatras, en especial aquellos de países en desarrollo y que trabajan en atención primaria, encontrarán muy útiles los bloques F41.2 (trastorno mixto ansioso-depresivo), F41.3 (otros trastornos mixtos de ansiedad), en las varias subdivisiones de F43.2 (trastorno de adaptación) y de F44.7 (trastorno disociativo [de conversión] mixto). El objeto de estas categorías es facilitar la descripción de unos trastornos que se manifiestan por un conjunto mixto de síntomas, para los que alguna de las denominaciones psiquiátricas más simples y tradicionales no es apropiada, pero que sin embargo incluye cuadros muy frecuentes, de intenso malestar y muy invalidantes. Estos cuadros son también muy frecuentes en la asistencia primaria médica y psiquiátrica. Puede no ser fácil utilizar estas categorías de una forma fiable, pero es importante que puedan ser estudiados y, en caso necesario, mejoradas en su definición.

RELACION DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS Y SOMATOMORFOS CON LA HISTERIA

El término "histeria" no se ha usado en el título de ninguno de los trastornos del capítulo V (F) de la CIE-10 debido a sus muchos y variados significados. En lugar de ello, se ha preferido el término "disociativo" para englobar a trastornos que previamente se llamaban histeria, tanto disociativos como de conversión. Esto se debe, en gran parte, a que los enfermos con las variantes disociativa y conversiva a veces comparten características adicionales y además suelen presentar ambas al mismo tiempo o en diferentes momentos. También parece razonable asumir que en ambos tipos de síntomas operan los mismos o parecidos mecanismos psicológicos.

La utilidad de reunir juntos a varios trastornos con un modo de presentación predominantemente físico o somático bajo la presentación del término "somatomorfo" se apoya en su aceptación internacional generalizada. Pero, por las razones antes mencionadas, este nuevo concepto no fue motivo suficiente para separar las amnesias y las fugas de la pérdida disociativa de la sensibilidad y la función motriz.

Si debe aceptarse la existencia real del trastorno de personalidad múltiple (F44.81) como algo independiente de un fenómeno cultural o incluso yatrogénico específico, su situación mejor es el grupo de trastornos disociativos.

NEURASTENIA

La neurastenia se ha conservado como una categoría en la CIE-10, aunque haya sido borrada de otras clasificaciones, ya que este diagnóstico es aun frecuente en muchos países. Investigaciones realizadas en diversos medios han demostrado que una proporción considerable de casos diagnosticados de neurastenia pueden también ser clasificados como depresión o ansiedad. Hay casos, sin embargo, en los que el cuadro clínico no se ajusta a las descripciones de ninguna otra categoría pero satisfacen todas las pautas de un síndrome neurasténico. Es de esperar que su inclusión como una categoría independiente estimule más investigaciones en este campo.

TRASTORNOS ESPECIFICOS DE DETERMINADAS CULTURAS

En los últimos años se ha expresado a menudo la necesidad de contar con categorías

independientes para trastornos como el Latah, Amok, Koro y otros posibles trastornos específicos de diversas culturas. Sin embargo, no han fructificado los intentos para identificar estudios fiables, preferentemente epidemiológicos, que apoyen su inclusión como trastornos clínicamente diferenciables de los otros de la clasificación. Por eso no se han clasificado aisladamente. Las descripciones de estos trastornos sugieren que pueden ser considerados como variantes de las manifestaciones de ansiedad, depresión, trastornos somatomorfos o trastornos de adaptación. Por ello, en caso de necesidad debe usarse el código equivalente más próximo, junto a una nota adicional indicando a qué trastorno cultural específico se hace referencia. En estos cuadros puede también haber elementos de búsqueda de atención y de adopción del papel de enfermo, que tiende a lo que se describe en F68.1 (producción intencional o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas [trastorno ficticio]), los cuales pueden también ser registrados.

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN EL PUERPERIO (F53.-)

Esta es una categoría rara y aparentemente paradójica ya que incluye la recomendación de que se utilice sólo cuando sea inevitable. Su inclusión expresa el reconocimiento de la existencia de muchos problemas reales en muchos países en desarrollo para reunir datos sobre casos de enfermedad puerperal. Sin embargo, incluso en ausencia de información suficiente que permita el diagnóstico de alguna variedad de trastorno del humor (afectivo), o más raramente esquizofrenia, por lo general suele haber datos que permitan diagnosticar un trastorno leve (F53.0) o grave (F53.1). Esta subdivisión es útil para estimar la carga asistencial y para la planificación de servicios.

Esta categoría no lleva implícito que, dada la suficiente información, una proporción significativa de casos de enfermedad mental post-parto no pueden ser clasificados en otros apartados. La mayoría de los expertos en este campo son de la opinión de que un cuadro clínico de psicosis puerperal muy difícilmente se puede diferenciar de forma fiable de un trastorno del humor (afectivo) o de una esquizofrenia, lo cual justifica una categoría especial. Cualquier psiquiatra que pertenezca a la minoría que opina que existen psicosis post-parto específicas, puede usar esta categoría, pero debe ser consciente de su verdadero propósito.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL ADULTO (F60.-)

En todas las clasificaciones actuales, los trastornos de la personalidad en el adulto conllevan una serie de problemas cuya solución requiere una extensa información que sólo puede provenir de investigaciones amplias y que requieren mucho tiempo. La diferencia entre la observación y la interpretación se hace particularmente problemática cuando se intentan definir pautas diagnósticas para estos trastornos. También constituye un problema no resuelto, a la luz de los conocimientos actuales, el número de pautas que deben cumplirse para confirmar un diagnóstico. Sin embargo, los intentos realizados para especificar pautas diagnósticas para esta categoría pueden ayudar a demostrar que se necesita un nuevo enfoque para la descripción de los trastornos de la personalidad.

Después de ciertas dudas iniciales, se incluyó finalmente una breve descripción del trastorno límite de la personalidad (F60.31) como una subcategoría del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F60.3), de nuevo con la esperanza de estimular la investigación.

Otros trastornos de la personalidad del adulto (F68.-)

Se incluyen aquí dos categorías que no figuraban en la CIE-9, que son F68.0, elaboración psicológica de síntomas somáticos y F68.1, producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas (trastorno ficticio). Se trata, estrictamente hablando, de trastornos del papel de enfermo o conductas de enfermedad y por lo tanto es conveniente agruparlos junto con otros trastornos del comportamiento del adulto. Junto a la simulación (Z76.5), que siempre ha estado fuera del capítulo V de la CIE, estos trastornos forman un trío diagnóstico que necesita a menudo ser considerado en conjunto. La diferencia esencial entre los dos primeros y la simulación es que la motivación para la simulación es obvia y suele limitarse a situaciones que implican peligro personal, sentencias legales o grandes sumas de dinero.

RETRASO MENTAL (F70-F79)

La política seguida en el capítulo V de la CIE 10 con respecto al retraso mental ha sido un darles tratamiento tan breve y sencillo como fuera posible, reconociendo que sólo un sistema multiaxial comprensivo puede hacer justicia a este punto. Es necesario desarrollar un sistema por separado y ya se han iniciado investigaciones para hacer propuestas de aplicación internacional.

TRASTORNOS DE COMIENZO ESPECIFICO EN LA INFANCIA

Trastornos del desarrollo psicológico (F80-F89)

Los trastornos de la infancia tales como el autismo infantil y la psicosis desintegrativa, clasificados en la CIE-9 como psicosis, se contemplan ahora, más adecuadamente, entre los trastornos generalizados del desarrollo (F84.-). A pesar de las dudas sobre su nosología, se ha considerado que hay suficiente información como para justificar la inclusión de los síndromes de Rett y de Asperger entre los trastornos específicos de este grupo. También se ha incluido, por su probable utilidad práctica, al trastorno hipercinético asociado a retraso mental y movimientos estereotipados (F84.4) a pesar de su carácter mixto.

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (F90-F98)

Durante muchos años, las diferencias de opinión internacionales sobre la amplitud del concepto de trastorno hipercinético (F90.-) han sido un problema conocido. Este problema fue discutido en detalle en el encuentro entre los consultores de la O.M.S y otros expertos, organizado bajo los auspicios del proyecto conjunto OMS-ADAMHA. El trastorno hipercinético se define en la CIE-10 con mayor amplitud que en la CIE-9. La definición de la CIE-10 es también diferente en el relativo énfasis que se da a los síntomas que constituyen el síndrome hipercinético en su conjunto. Puesto que la base para la definición ha sido los datos empíricos de investigaciones recientes, hay suficientes razones para pensar que la definición de la CIE-10 representa un avance significativo.

El trastorno hipercinético disocial (F90.1) es uno de los pocos ejemplos de una categoría combinada que quedan en el capítulo V (F) de la CIE-10. En este diagnóstico se indica que deben cumplirse las pautas para el trastorno hipercinético (F90.-) y las del trastorno

disocial (F91.-). Estas pocas excepciones a la regla general están justificadas por su conveniencia clínica, a la vista de la coexistencia frecuente de estos trastornos y de la importancia consiguiente del síndrome mixto. Sin embargo, en los Criterios Diagnósticos para Investigación de los trastornos mentales y del comportamiento, se recomienda que para fines de investigación se describan los casos aislados en esta categoría de acuerdo con la hiperactividad, las alteraciones emocionales y la gravedad del trastorno disocial (además de por la categoría combinada como diagnóstico global).

El trastorno disocial desafiante y oposicionista (F91.3) no estaba en la CIE-9 pero se ha incluido en la CIE-10 por su potencial predictivo de problemas de conducta posteriores. Sin embargo, hay una nota recomendando su uso preferentemente en los niños más pequeños.

La categoría 313 de la CIE-9 (trastornos de las emociones específicos de la infancia y adolescencia) se ha desdoblado en dos categorías separadas en la CIE-10: los trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia (F93.-) y los trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F94.-), debido a la necesidad de diferenciar tanto en niños como en adultos las diversas formas de ansiedad mórbida y emociones parecidas. La frecuencia con la que los trastornos emocionales de la infancia no desembocan en un trastorno similar en la vida adulta y el comienzo frecuente de trastornos neuróticos en los adultos son claros indicadores de esta necesidad. El criterio clave y definitorio usado en la CIE-10 es la adecuación de la emoción presentada al estadio de desarrollo del niño, además de una persistencia excepcional y una alteración del funcionamiento social. En otras palabras, cuando se presenta tan sólo una forma leve, estos trastornos de la infancia son claras exageraciones de los estados emocionales y de las reacciones que se consideran normales para su edad. Si el contenido del estado emocional es excepcional, o si se presenta a una edad no frecuente, deben usarse las categorías generales de la clasificación. A pesar de su nombre, la nueva categoría F94.- (trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia) no va en contra de la regla general de la CIE-10 de no usar como criterio diagnóstico, la interferencia con el papel social. Las anomalías del comportamiento social incluidas en F94.- son de un número limitado y se restringen a las relaciones del hijo con los padres y con la familia próxima. Estas relaciones no tienen las mismas connotaciones, ni muestran las variaciones culturales de aquellas que se presentan en el contexto del trabajo o de la manutención de la familia, las cuales no son pautas para el diagnóstico.

Un número de categorías frecuentes en psiquiatría infantil, tales como los trastornos de la conducta alimentaria (F50.-), los trastornos no orgánicos del sueño (F51.-) y los trastornos de la identidad sexual (F64.-) se encuentran en las secciones generales de la clasificación porque comienzan y se presentan con frecuencia en adultos. Sin embargo, se pensó que unas características clínicas específicas justificaban las categorías adicionales del trastorno de la conducta alimentaria en la infancia (F98.2) y la pica en la infancia (F98.3).

Es necesario tener en cuenta al utilizar las secciones F80-F89 y F90-F98, el capítulo neurológico de la CIE-10 (capítulo VI), que contiene síndromes con manifestaciones predominantemente físicas y etiología claramente "orgánica", entre ellos el síndrome de Kleine- Levin (G47.8) es de particular interés para los psiquiatras infantiles.

TRASTORNO MENTAL SIN ESPECIFICACION (F99)

Hay razones prácticas por las que se precisa una categoría que recoja los trastornos mentales no especificados. Sin embargo, la subdivisión del espacio clasificatorio disponible para el capítulo V (F) en 10 secciones, cada uno cubriendo un área específica, plantea un problema para este requisito. La solución menos mala era usar la última categoría en el orden numérico de la clasificación, es decir, F99.

SUPRESION DE CATEGORIAS PROPUESTAS EN ANTERIORES BORRADORES DE LA CIE-10

El proceso de consultas y revisiones de la literatura que precedió al borrador del capítulo V (F) de la CIE-10 dio lugar a muchas propuestas de cambios. Las decisiones sobre la aceptación o rechazo de estas propuestas estuvieron condicionadas por un gran número de factores, entre ellos los resultados de los estudios de campo, las consultas con los directores de los centros colaboradores de la O.M.S, los resultados de la colaboración con organizaciones no gubernamentales, la opinión de los miembros de los paneles de expertos consultores de la OMS, los resultados de las traducciones de la clasificación y las limitaciones de las reglas que rigen la estructura de la CIE-10 en su conjunto. En general ha sido fácil rechazar propuestas que eran muy particulares o que no se apoyaban en la evidencia, así como aceptar aquellas que venían acompañadas de una justificación consistente. Algunas propuestas, aunque razonables cuando se consideraban aisladas, no pudieron ser aceptadas por la repercusión que pequeños cambios en una parte de la clasificación podrían tener en otras secciones. Algunas otras propuestas fueron muy sugestivas, pero precisaban mayor investigación antes de ser consideradas para el uso internacional. Varias de estas propuestas incluídas en las primeras versiones de la clasificación, fueron omitidas de la versión final, por ejemplo la "acentuación de rasgos de personalidad" y el "uso peligroso de sustancias psicotropas". Es de esperar que continúe la labor investigadora sobre la situación nosológica y la utilidad de estas u otras categorías nuevas.

F00-F09 TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS, INCLUIDOS LOS SINTOMATICOS

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 multi-infarto**
- 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 HIV**
- F02.8 Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar**

F03 Demencia sin especificación

Quinto caracter para especificar la demencia de F00-F03:

- .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**

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 no inducido por alcohol o droga**
- F05.9 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas 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

F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico

F06.5 Trastorno disociativo orgánico

F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico

F06.7 Trastorno cognoscitivo leve

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

F07.2 Síndrome post-conmocional

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

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

F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación

Introducción:

Esta sección incluye una serie de trastornos mentales agrupados por tener en común una etiología demostrable, que es una enfermedad o lesión cerebrales u otra afección causante de una disfunción cerebral. La disfunción puede ser primaria, como en el caso de enfermedades, lesiones o daños que afectan al cerebro de un modo directo y selectivo o secundaria, como en el caso de las enfermedades sistémicas y de los trastornos que afectan a diversos órganos o sistemas, entre ellos al cerebro. Aunque desde un punto de vista lógico los trastornos cerebrales secundarios al consumo de alcohol y de sustancias psicotropas pertenecen a este grupo, aparecen clasificados en el apartado **F10-F19** por la ventaja de tener juntos en la misma sección todos los trastornos relacionados con el abuso de sustancias psicotropas.

A pesar de que el espectro de las manifestaciones psicopatológicas de los trastornos mentales orgánicos es amplio y variado, sus rasgos esenciales pueden agruparse en dos conjuntos principales. Por un lado, están los síndromes en los cuales son constantes y destacados la presencia de trastornos de las funciones cognoscitivas superiores, como la memoria, la inteligencia, la capacidad de aprendizaje o las alteraciones del

sensorio, tales como las alteraciones de la conciencia y de la atención. Por otro lado están los síndromes en los cuales las manifestaciones más destacadas se presentan en las áreas de la percepción (alucinaciones), de los contenidos de pensamiento (ideas delirantes), o del humor y de las emociones (depresión, euforia, ansiedad), o en la de los rasgos generales de la personalidad y formas del comportamiento, mientras que las disfunciones cognoscitivas o sensoriales son mínimas o difíciles de comprobar. La inclusión de este último grupo de trastornos en esta sección tiene una base menos segura que en el caso del primer grupo, debido a que en muchos de ellos los síntomas son similares a los de trastornos clasificados en otras secciones ([F20-29](#), [F30-39](#), [F40-49](#), [F60-69](#)) y a que se sabe que también se presentan en casos en los que no hay o no puede identificarse una causa patológica cerebral. Sin embargo, hay cada vez más evidencia de que muy diversas enfermedades cerebrales y sistémicas tiene una relación causal con la presencia de estos síndromes, lo cual justifica que sean incluidos aquí, en una clasificación de fines clínica.

La mayoría de los trastornos de esta sección pueden comenzar, al menos de un modo teórico, a cualquier edad, excepto quizás durante la primera infancia. En la práctica, la mayoría de estos trastornos tienden a empezar en la edad adulta o avanzada. Algunos de estos trastornos son aparentemente irreversibles y progresivos y otros son transitorios o responden a tratamientos disponibles hoy en día.

El uso del término "orgánico" no implica que los trastornos que aparecen en otras secciones de esta clasificación son "no orgánicos" en el sentido de carecer de un substrato cerebral. En el contexto presente el término "orgánico" significa ni más ni menos que el síndrome clasificado como tal puede ser atribuido a un trastorno o enfermedad cerebral orgánico o sistémico diagnosticable en sí mismo. El término "sintomático" se utiliza para los trastornos mentales orgánicos en los cuales la afectación cerebral es secundaria a un trastorno o enfermedad sistémico extracerebral.

De lo expuesto hasta ahora se desprende que el diagnóstico de cualquiera de los trastornos de esta sección requiere en la mayoría de los casos hacer uso de dos códigos: uno para el síndrome psicopatológico y otro para el trastorno subyacente. El código etiológico debe seleccionarse del capítulo respectivo de la CIE-10.

DEMENCIA

A continuación se presenta una descripción general de demencia para indicar los mínimos requeridos para el diagnóstico de demencia en general. Más abajo se detallan las pautas que indican como debe hacerse el diagnóstico de cada tipo concreto de demencia.

La demencia es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro,

generalmente de naturaleza crónica o progresiva en la que hay déficits 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 vasculocerebral, y en otras condiciones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria.

Para valorar la presencia o ausencia de una demencia debe tenerse un cuidado especial en evitar la identificación de falsos positivos. Los factores motivacionales o emocionales, en especial una depresión, además de la inhibición motriz y la debilidad física general, pueden provocar un fallo funcional que no es debido a una disminución de la capacidad intelectual.

La demencia produce un apreciable deterioro intelectual que repercute en la actividad cotidiana del enfermo, por ejemplo, en el aseo personal, en el vestirse, en el comer o en las funciones excretoras. Este deterioro de la actividad cotidiana depende mucho de factores socioculturales. Los cambios en el modo como el enfermo desempeña su actividad social, tales como el conservar o el buscar un empleo, no deben de ser utilizados como pautas para el diagnóstico, porque hay grandes diferencias transculturales y factores externos que repercuten en el mercado laboral.

Si estuvieran presentes síntomas depresivos que no llegan a satisfacer las pautas diagnósticas de episodio depresivo ([F32.0](#)- [F32.3](#)) o si se presentaran alucinaciones o ideas delirantes, puede recurrirse a un quinto carácter para indicar cuales de ellas son predominantes:

- ! .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

Pautas para el diagnóstico

El requisito primordial para el diagnóstico es la presencia de un deterioro tanto de la memoria como del pensamiento, suficiente como para interferir con la actividad cotidiana, tal y como se ha descrito mas arriba. Es característico que el deterioro de la memoria afecte a la capacidad para registrar, almacenar y recuperar información nueva. En estadios avanzados pueden también perderse contenidos familiares y material aprendido en el pasado. La demencia es más que una dismnesia. En ella hay además un deterioro del pensamiento y de la capacidad de razonamiento, una reducción en el flujo de las ideas y un deterioro del proceso de almacenar información, por lo que al individuo afectado le resulta cada vez más difícil prestar atención a más de un estímulo a la vez, como, por ejemplo,

tomar parte en una conversación con varias personas. También hay una dificultad en cambiar el foco de atención de un tema a otro. Estos síntomas han de estar presentes en la exploración psicopatológica, así como en la anamnesis obtenida de un tercero. Se requiere una conciencia clara para que demencia sea un único diagnóstico. Sin embargo, puede permitirse el doble diagnóstico de delirium superpuesto a demencia (F05.1), ya que esto es un hecho frecuente. Para poder hacer un diagnóstico claro de demencia, los síntomas expuestos mas arriba y el deterioro deben haber estado presentes por lo menos durante seis meses.

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta la siguientes posibilidades: Trastorno depresivo (ver F30-F39), el cual puede presentar alguna de las características de una demencia incipiente, en especial el deterioro de la memoria, el enlentecimiento del pensamiento y la falta de actividad espontánea. Delirium (F05). Retraso mental leve o moderado (F70-F71). Estados de rendimiento cognoscitivo anormalmente bajos atribuibles a un medio social con grandes carencias y con una educación escasa. Trastornos mentales iatrógenicos debidos a algún medicamento (F06.-). La demencia puede ser consecutiva o coexistente con cualquier trastrono mental orgánico de esta sección, en especial con delirium (ver F05.1.).

F00 DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa cerebral primaria de etiología desconocida que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos. El trastorno se inicia por lo general de manera insidiosa y lenta y evoluciona progresivamente durante un período de años. El período evolutivo puede ser corto, dos o tres años, pero en ocasiones es bastante más largo. Puede comenzar en la edad madura o incluso antes (enfermedad de Alzheimer de inicio presenil), pero la incidencia es mayor hacia el final de la vida (enfermedad de Alzheimer de inicio senil). En casos con inicio antes de los 65 a 70 años es posible tener antecedentes familiares de una demencia similar, el curso es más rápido y predominan síntomas de lesión en los lóbulos temporales y parietales, entre ellos disfasias o dispraxias. En los casos de inicio más tardío, el curso tiende a ser más lento y a caracterizarse por un deterioro más global de las funciones corticales superiores. Los enfermos con síndrome de Down tienen un alto riesgo de desarrollar una enfermedad de Alzheimer.

Los hallazgos característicos en el cerebro en la enfermedad de Alzheimer son: una marcada reducción del número de neuronas, en especial en el hipocampo, la sustancia innominada, el locus coeruleus, la corteza temporo-parietal y la frontal; la aparición de una degeneración neurofibrilar compuesta de filamentos helicoidales apareados; la aparición de placas neuríticas (argentófilas) compuestas fundamentalmente por sustancias amiloides que tienden claramente a crecer (sin embargo se conocen también placas sin sustancias amiloides) y formaciones gránulo-vacuolares. Se han descrito también alteraciones neuroquímicas tales como una marcada reducción de las enzimas acetilcolin-transferasas, de la acetilcolina misma y de otros neurotransmisores y neuromoduladores.

La descripción original de la enfermedad refería que las manifestaciones clínicas iban siempre acompañados de las alteraciones cerebrales mencionadas. No obstante, hoy día parece ser que ambas no evolucionan siempre de un modo paralelo. Así, unas pueden estar

indiscutiblemente presentes mientras que están las otras prácticamente ausentes. A pesar de todo, los rasgos clínicos de la enfermedad de Alzheimer son tan característicos que normalmente es posible llegar a un diagnóstico de presunción basándose sólo en la clínica. La demencia en la enfermedad de Alzheimer se considera hoy día irreversible.

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico definitivo se requieren todos los síntomas siguientes:

- a) presencia de un cuadro demencial, como el descrito mas arriba;
- b) comienzo insidioso y deterioro lento. El momento exacto del inicio del cuadro es difícil de precisar, aunque los que conviven con el enfermo suelen referir un comienzo brusco;
- c) ausencia de datos clínicos o en las exploraciones complementarias que sugieran que el trastorno mental pudiera ser debido a otra enfermedad cerebral o sistémica capaces de dar lugar a una demencia (por ejemplo, hipotiroidismo, hipercalcemia, deficiencia de vitamina B12, deficiencia de niacina, neurosífilis, hidrocefalia normotensiva o hematoma subdural)
- d) ausencia de un inicio apoplético, súbito, o de signos neurológicos focales, tales como hemiparesia, déficits sensoriales, defectos del campo visual o falta de coordinación de movimientos, signos estos que no han tenido que estar presentes en la etapas iniciales de la enfermedad (aunque puedan superponerse a ella en períodos mas avanzados).

En un cierto número los casos, los rasgos de la enfermedad de Alzheimer y los de la demencia vascular pueden estar simultáneamente presentes. Si ambos coinciden claramente deberá hacerse un doble diagnóstico (y codificación). Si una demencia vascular precede a una enfermedad de Alzheimer, es posible que esta última sea imposible de diagnosticar en la práctica clínica.

Incluye:

demencia degenerativa de tipo Alzheimer

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta la siguientes posibilidades:

Trastorno depresivo ([F30-F39](#))

Delirium ([F05](#))

Síndrome amnésico orgánico ([F04](#))

Otras demencias primarias tales como la de Pick, Creutzfeldt- Jakob y Huntington ([F02](#))

Demencias secundarias a muy diversas enfermedades somáticas, intoxicaciones, etc. ([F02.8](#)) y

Retraso mental leve, moderado o grave ([F70-F72](#)).

La demencia en la enfermedad de Alzheimer puede coexistir con una demencia vascular (debe ser codificada [F00.2](#)), así como cuando los episodios vasculares (multi-infarto) se

superponen a un cuadro clínico y a antecedentes que sugieren la presencia de una enfermedad de Alzheimer. Estos episodios pueden dar lugar a una exacerbación brusca de las manifestaciones de demencia. Según los hallazgos postmortem la coexistencia de ambos tipos puede ser tan frecuente como del 10 al 15% de todos los casos de demencias.

F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz

Demencia en la enfermedad de Alzheimer en la que el inicio es más precoz que el de [F00.1](#) y en la que el deterioro tiene una evolución más rápida, con marcadas alteraciones de las funciones corticales superiores. En la mayoría de los casos se presentan en períodos relativamente precoces de la evolución afasia, agrafia, alexia o apraxias.

Pautas para el diagnóstico

Las mismas que para [F00](#), pero teniendo en cuenta el comienzo más temprano que la forma senil, es decir, antes de los 65 años. El curso progresivo suele ser rápido. La anamnesis familiar puede aportar información complementaria pero no necesaria, tal y como antecedentes familiares de síndrome de Down o de linfomas.

Incluye:

enfermedad de Alzheimer de tipo II
demencia presenil de tipo Alzheimer

F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío

Demencia en la enfermedad de Alzheimer en la que el comienzo clínico tiene lugar después de la edad de los 65 años, normalmente hacia finales de los 70 e incluso más tarde, cuyo curso progresa lentamente y en la que normalmente el rasgo más prominente es el deterioro de la memoria.

Pautas para el diagnóstico

Las mismas que para [F00](#), teniendo en cuenta además la presencia o ausencia de los rasgos que la diferencian de la forma de comienzo precoz ([F00.0](#)).

Incluye:

enfermedad de Alzheimer de tipo I
demencia senil de tipo Alzheimer

F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta

Se clasifican aquí las demencias cuyas características no se ajustan a las Descripciones y Pautas para el diagnóstico de [F00.0](#) y [F00.1](#) y también se incluyen aquí las demencias mixtas vascular y de Alzheimer.

F00.9 Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación

F01 DEMENCIA VASCULAR

La demencia vascular (antes llamada demencia arteriosclerótica), que incluye a la demencia multi-infarto, se distingue de la demencia en la enfermedad de Alzheimer por el modo de comienzo, las características clínicas y la evolución. Lo más característico es que haya antecedentes de ictus transitorios, con breves trastornos de conciencia y parestias o pérdidas de visión fugaces. La demencia puede también ser consecutiva a una serie de accidentes vasculares agudos o más rara vez a un único ataque apoplético mayor. Es entonces cuando se manifiesta un cierto deterioro de la memoria y del pensamiento. El comienzo de la enfermedad tiene lugar en la edad avanzada. El cuadro suele ser brusco, como consecuencia de un episodio isquémico aislado o la demencia puede ir haciéndose presente de una manera más gradual. La demencia es la consecuencia de los infartos del tejido cerebral secundarios a una enfermedad vascular, incluida la enfermedad vascular hipertensiva. Por lo general, los infartos son pequeños y sus efectos son acumulativos.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico presupone la presencia de una demencia tal y como se ha descrito en la introducción. El deterioro cognoscitivo suele ser desigual, de tal manera que puede haber una pérdida de memoria, un deterioro intelectual y signos neurológicos focales, mientras que la conciencia de enfermedad y la capacidad de juicio pueden estar relativamente conservadas. Un comienzo brusco, un deterioro escalonado y la presencia de síntomas y signos neurológicos focales aumenta la probabilidad del diagnóstico de demencia vascular, cuya confirmación vendrá sólo, en algunos casos, de la tomografía axial computarizada o en último extremo de la neuropatología.

Los rasgos accesorios de la demencia cerebro-vascular son: hipertensión arterial, soplos carotídeos, labilidad emocional con distimias depresivas pasajeras, llantos o risas intempestivas, episodios transitorios de obnubilación de conciencia o de delirium, a menudo provocados por nuevos infartos. Suele aceptarse que la personalidad se mantiene relativamente bien conservada, pero en algunos casos hay cambios evidentes de la misma, apareciendo apatía o desinhibición o acentuación de rasgos previos, tales como egocentrismo, actitudes paranoides o irritabilidad.

Incluye:

demencia arteriosclerótica

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta las siguientes posibilidades:

Delirium ([F05](#))

Otras demencias en particular la enfermedad de Alzheimer ([F00](#))

Trastornos del humor (afectivos) ([F30-F39](#))

**Retraso mental leve o moderado (F70-F71) y
Hematoma subdural traumático (S06.5) y no traumático (I62.0).**

La demencia vascular puede coexistir con la de Alzheimer. En este caso utilizar el código [F00.2](#), como en los casos en los que un accidente vascular surge sobre un cuadro clínico y unos antecedentes que sugieren la presencia de una enfermedad de Alzheimer.

F01.0 Demencia vascular de inicio agudo

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

F01.1 Demencia multi-infarto

Tiene un inicio más gradual que la forma aguda, normalmente precedido de varios episodios isquémicos menores que producen un número creciente de reblandecimientos del parénquima cerebral.

Incluye:

demencia predominantemente cortical

F01.2 Demencia vascular subcortical

En este caso pueden existir antecedentes de hipertensión arterial y de focos de destrucción isquémica las zonas profundas de la sustancia blanca de los hemisferios cerebrales, que pueden sospecharse ya en la clínica y demostrarse en los cortes de una tomografía axial computarizada. Por lo general la corteza cerebral está indemne, lo cual contrasta con el cuadro clínico, que puede parecerse mucho al de una demencia de la enfermedad de Alzheimer (cuando se presenta una desmielinización difusa de la sustancia blanca puede utilizarse el término de encefalopatía de Binswanger).

F01.3 Demencia vascular mixta, cortical y subcortical

En este caso, los componentes mixtos, cortical y subcortical de las demencias vasculares pueden sospechar por los hallazgos clínicos o ser demostrados por los resultados de explicaciones complementarias (incluyendo la autopsia).

F01.8 Otra demencia vascular

F01.9 Demencia vascular sin especificación

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 vascular. Pueden comenzar en cualquier período de la vida, aunque raramente en la edad avanzada.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico exige la presencia de una demencia tal y como se ha descrito mas arriba y de los rasgos característicos de uno de los síndromes siguientes.

F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick

Se trata de una demencia progresiva de comienzo en la edad media de la vida (por lo general entre los 50 y los 60 años de edad), caracterizada por cambios precoces y lentamente progresivos del carácter y por alteraciones del comportamiento, que evolucionan hacia un deterioro de la inteligencia, de la memoria y del lenguaje, acompañado de apatía, de euforia y, en ocasiones, de síntomas o signos extrapiramidales. El cuadro neuropatológico corresponde a una atrofia selectiva de los lóbulos frontales y temporales, pero sin la aparición de placas neuríticas ni degeneración neurofibrilar en magnitudes superiores a las del envejecimiento normal. Los casos de comienzo mas precoz tienden a presentar una evolución peor. Las manifestaciones comportamentales a menudo preceden al deterioro franco de la memoria.

Pautas para el diagnóstico

Se requiere la presencia de los rasgos siguientes:

- a) demencia progresiva;
- b) predominio de rasgos de afectación frontal tales como euforia, embotamiento afectivo, pérdida de las normas de educación, desinhibición y apatía o inquietud y
- c) los trastornos de comportamiento normalmente precedan al claro deterioro de la memoria.

Los rasgos de afectación de los lóbulos frontales son mas acentuados que los de los lóbulos temporales o parietales, al contrario de lo que sucede en la enfermedad de Alzheimer.

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta la siguientes posibilidades:

Enfermedad de Alzheimer ([F00](#))

Demencia vascular ([F01](#))

Demencia secundaria a otros trastornos mentales como neurosífilis ([F02.8](#))

Hidrocefalia con presión normal caracterizada por una gran inhibición psicomotriz y trastornos de la marcha y del control de los esfínteres (G91.2)

Otros trastornos neurológicos o metabólicos.

F02.1 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

Se trata de una demencia progresiva con multitud de síntomas y signos neurológicos debida a alteraciones neuropatológicas específicas (encefalopatía espongiiforme subaguda), cuya supuesta etiología es un agente transmisible. El inicio tiene lugar normalmente hacia la mitad o el final de la vida, por lo general en torno a los 50 años, pero puede presentarse en cualquier momento de la edad adulta. El curso es subagudo y lleva a la muerte en uno a dos años.

Pautas para el diagnóstico

Debe de sospecharse una enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en todos los casos de demencia de evolución relativamente rápida, desde meses hasta uno o dos años que se acompañan de múltiples síntomas neurológicos. En algunos casos, como en la llamada forma amiotrófica, los signos neurológicos pueden preceder al inicio de la demencia.

En la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob suele presentarse una parálisis espástica progresiva de los miembros, acompañada de síntomas extrapiramidales tales como temblor, rigidez y movimientos coreo-atetoides. Otras variantes pueden presentar ataxia, déficits visuales, fibrilaciones musculares y atrofia muscular por afectación de neurona motora superior. Una triada compuesta de demencia intensa y devastadora de curso rápido, enfermedad piramidal y extrapiramidal con mioclonias y electroencefalograma característico (presencia de ondas trifásicas) suele considerarse como altamente sugestiva de esta enfermedad.

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta la siguientes posibilidades:

Enfermedad de Alzheimer ([F00](#)) o de Pick ([F02.0](#))

Enfermedad de Parkinson ([F02.3](#)) y Parkinsonismo postencefalítico (G21.3).

Una rápida evolución y una afectación precoz de la motilidad son sugestivas de una enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington

Se trata de una demencia que se presenta formando parte de una degeneración masiva del tejido cerebral. La enfermedad de Huntington es transmitida por un único gen autosómico dominante. Los síntomas surgen por lo general hacia la tercera o cuarta década de la vida y la incidencia en ambos sexos es probablemente la misma. En algunos casos los primeros síntomas pueden ser depresión, ansiedad o síntomas claramente paranoides, acompañados de cambios de la personalidad. La evolución es lentamente progresiva, llevando a la muerte normalmente al cabo de 10 a 15 años.

Pautas para el diagnóstico

La asociación de movimientos coreiformes, demencia y antecedentes familiares de enfermedad de Huntington es altamente sugestiva del diagnóstico, aunque hay casos esporádicos en los que no es así.

Las manifestaciones mas tempranas suelen ser los movimientos coreiformes involuntarios, sobre todo de la cara, manos y hombros o de la marcha. Estos suelen preceder a la demencia y rara vez faltan antes de que la demencia esté muy avanzada. Pueden predominar otros síntomas motores cuando el comienzo tiene lugar en una edad extraordinariamente joven (por ejemplo, rigidez estriatal) o en edad mas avanzada (por ejemplo, temblor intencional). En las etapas iniciales la demencia se caracteriza por una afectación predominante de las funciones de los lóbulos frontales, con una relativa conservación de la memoria hasta las fases mas avanzadas.

Incluye: demencia en el corea de Huntington

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta la siguientes posibilidades: Otras causas de movimientos coreicos y Enfermedad de Alzheimer, de Pick o de Creutzfeldt-Jakob ([F00](#); [F02.0](#); [F02.1](#)).

F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson

Se trata de una demencia que aparece en el curso de una clara enfermedad de Parkinson (en especial en sus formas mas graves). No se han demostrado rasgos clínicos que permitan distinguirla de otras demencias. La demencia que aparece en el curso de una enfermedad de Parkinson puede ser diferenciada de la de la enfermedad de Alzheimer o de la de una demencia vascular. Sin embargo, hay evidencia de que existe una comorbilidad entre estos trastornos y la enfermedad de Parkinson. Este hecho justifica ésta categoría que pretende identificar los casos en que coexisten una demencia y una enfermedad de Parkinson, hasta que esta cuestión haya podido ser aclarada por la investigación.

Pautas para el diagnóstico

La demencia aparece en un individuo que ya padece una enfermedad de Parkinson avanzada, generalmente grave.

Incluye:

demencia en los parkinsonismos
demencia en la parálisis agitante

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta las siguientes posibilidades:

Otras demencias secundarias ([F02.8](#))

Demencia multi-infarto ([F01.1](#)) en una enfermedad vascular hipertensiva o diabética

**Tumor cerebral (C70-C72) y
Hidrocefalia con presión normal (G91.2).**

F02.4 Demencia en la infección por HIV

Se trata de un trastorno caracterizado por déficits cognoscitivos que satisfacen las pautas para el diagnóstico de demencia, en ausencia de una enfermedad concomitante u otro trastorno que pudiera explicar los hallazgos distinto de una infección por HIV.

Lo más característico es que la demencia por HIV presente quejas de fallos de memoria, enlentecimiento, déficits de concentración y dificultades para la lectura y la resolución de problemas. Son frecuentes una apatía, una reducción de la espontaneidad y un retraimiento social. En una minoría significativa de individuos afectados la enfermedad puede presentarse de forma atípica, como por ejemplo, un trastorno del humor (afectivo), una psicosis o convulsiones. En la exploración somática se objetiva a menudo temblor, dificultades para efectuar movimientos rápidos y repetitivos, falta de equilibrio, ataxia, hipertonía, hiperreflexia generalizada, signos positivos de liberación frontal y afectación de los movimientos oculares de seguimiento y movimientos oculares sacádicos.

Los niños pueden presentar un trastorno del desarrollo neurológico debido al HIV, caracterizado por retraso en el desarrollo, hipertonía, microcefalia y calcificación de los ganglios basales. La afectación neurológica es más frecuente en ausencia de infecciones oportunistas y neoplasias, a diferencia de lo que sucede en los adultos.

La demencia por HIV suele evolucionar casi siempre de forma rápida, en el plazo de semanas o meses hacia una demencia global grave, un estado de mutismo y la muerte.

Incluye:

**encefalopatía por HIV encefalitis subaguda
complejo demencia-SIDA**

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

Se incluyen aquí las demencias que puede presentarse como una manifestación o una consecuencia de diversos de trastornos cerebrales o somáticos generales. Debe añadirse el código de la CIE-10 correspondiente para especificar la etiología del trastorno subyacente. También debe utilizarse este código para el complejo parkinsonismo-demencia de Guam (identificado con un quinto carácter, si es necesario). Se trata de una demencia de rápida evolución, seguida de una disfunción extrapiramidal y, en algunos casos, de una esclerosis lateral amiotrófica. La enfermedad fue inicialmente descrita en la isla de Guam donde se presenta con una frecuencia relativamente alta en la población aborígen, afectando al doble de varones que de mujeres. Ahora se sabe que también se presenta en Papúa, en Nueva Guinea y en Japón.

Incluye:

**demencia en: intoxicaciones por monóxido de carbono (T58)
lipoidosis cerebral (E75.-)**

epilepsia (G40.-)
parálisis general progresiva (A52.1)
degeneración hepatolenticular (enfermedad de Wilson)(E83.0)
hipercalcemia (E83.5)
hipotiroidismo adquirido (E00-E02)
intoxicaciones (T36-T65)
esclerosis múltiple (G35) neurosífilis (A52.1)
deficiencia de niacina (pelagra) (E52) poliarteritis nodosa (M30.0)
lupus eritematoso sistémico (M32.-)
tripanosomiasis africana (B56.-),
americana (B57.-)
Deficiencia de vitamina B12

F03 DEMENCIA SIN ESPECIFICACION

Se recurre a esta categoría cuando se satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de demencia pero no es posible identificar ninguno de los tipos específicos ([F00.0-F02.8](#)).

Incluye:

psicosis senil o presenil sin especificación
demencia senil o presenil sin especificación
demencia degenerativa primaria sin especificación

F04 SINDROME AMNESICO ORGANICO NO INDUCIDO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS

Se trata de un síndrome caracterizado por un deterioro marcado de la memoria para hechos recientes y de la memoria para hechos remotos, en el cual la memoria para hechos inmediatos está conservada. También está disminuida la capacidad para aprender cosas nuevas, lo que da lugar a una amnesia anterógrada y a una desorientación en el tiempo. Forma parte del síndrome una amnesia retrógrada, pero de una intensidad variable, que puede disminuir en el curso del tiempo, si la enfermedad o el proceso patológico subyacentes tienen tendencia a remitir. La presencia de confabulaciones puede ser un rasgo destacado, aunque inconstante. La percepción y otras funciones cognitivas, incluyendo la inteligencia, están bien conservadas y constituyen un trasfondo del que destaca de un modo particular el trastorno de la memoria. El pronóstico depende del curso de la lesión básica (normalmente afecta al sistema hipotálamo-diencefálico o a la región del hipocampo). La recuperación completa es, en principio, posible.

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico definitivo es necesario poner de manifiesto:

a) presencia de un trastorno de la memoria puesto de manifiesto por un deterioro de la misma para hechos recientes (incapacidad para el aprendizaje de material nuevo), una amnesia anterógrada y retrógrada y una capacidad reducida de recordar experiencias pasadas en orden inverso a su aparición;

b) antecedentes o una presencia objetiva de una lesión o una enfermedad cerebrales (en especial una que afecte de un modo bilateral a estructuras diencefálicas y temporales mediales) y

c) ausencia de afectación de la capacidad para el recuerdo inmediato (explorada, por ejemplo, mediante la prueba de los dígitos), de trastornos de la atención y de la conciencia o de un deterioro intelectual general.

La presencia de confabulaciones, la falta de conciencia de enfermedad y alteraciones emocionales (apatía, falta de iniciativa) son elementos sugestivos aunque no indispensables, para el diagnóstico.

Incluye:

psicosis o síndrome de Korsakov (no alcohólicos)

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta los síndromes orgánicos en los que hay un deterioro destacado de la memoria (por ejemplo, demencia o delirium), la amnesia disociativa ([F44.0](#)), el deterioro de las funciones mnésicas en los trastornos depresivos ([F30-F39](#)) y las quejas simuladas de pérdida de memoria ([Z76.5](#)). El síndrome de Korsakov inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas no debe codificarse aquí, sino en su sección correspondiente ([F1x.6](#)).

F05 DELIRIUM NO INDUCIDO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS

Se trata de un síndrome cerebral orgánico que carece de una etiología específica, caracterizado por la presencia simultánea de trastornos de la conciencia y atención, de la percepción, del pensamiento, de la memoria, de la psicomotilidad, de las emociones y del ciclo sueño-vigilia. Puede presentarse en cualquier edad, pero es más frecuente después de los 60 años. El cuadro de delirium es transitorio y de intensidad fluctuante. La mayoría de los casos se recuperan en cuatro o menos de cuatro semanas. Sin embargo, no es raro que el delirium persista con fluctuaciones incluso durante seis meses, en especial cuando ha surgido en el curso de una enfermedad hepática crónica, un carcinoma o una endocarditis bacteriana subaguda. La distinción que se hace algunas veces entre el delirium agudo y subagudo no tiene gran relevancia clínica y el trastorno ha de ser concebido como un síndrome unitario cuya intensidad puede ir de leve a muy grave. Un delirium puede superponerse o evolucionar hacia una demencia.

Esta sección no debe usarse para los estados de delirium que acompañan al consumo de sustancias psicótropas especificado en [F10-F19](#). Los estados de delirium debidos a medicaciones prescritas deben codificarse aquí (por ejemplo, estados confusionales agudos en ancianos debidos a antidepresivos, en cuyo caso la medicación implicada debe también recogerse en un código adicional del capítulo XIX de la CIE-10).

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico definitivo deben estar presentes síntomas leves o graves en cada una de las siguientes áreas:

a) deterioro de la conciencia y de la atención (que abarca un espectro que va desde la obnubilación al coma y una disminución de la capacidad para dirigir, focalizar, mantener o desplazar la atención);

b) trastorno cognoscitivo global (distorsiones de la percepción, alucinaciones e ilusiones, sobre todo visuales, deterioro del pensamiento abstracto y de la capacidad de comprensión, con o sin ideas delirantes pasajeras, pero de un modo característico con algún grado de incoherencia, deterioro de la memoria inmediata y reciente, pero con la memoria remota relativamente intacta, desorientación en el tiempo y, en la mayoría de los casos graves, en el espacio y para las personas);

c) trastornos psicomotores (hipo- o hiperactividad y cambios imprevistos de un estado a otro, aumento del tiempo de reacción, incremento o decremento del flujo del habla, acentuación de las reacciones de sorpresa);

d) trastornos en el ciclo del sueño-vigilia (insomnio o, en los casos graves, pérdida total del sueño o inversión de las fases del ciclo del sueño vigilia, somnolencia diurna, empeoramiento vespertino de los síntomas, ensueños desagradables o pesadillas que pueden prolongarse durante la vigilia en la forma de alucinaciones o ilusiones) y

e) trastornos emocionales, por ejemplo, depresión, ansiedad o miedo, irritabilidad, euforia, apatía o perplejidad.

El comienzo del cuadro suele ser rápido, en su curso deben presentarse fluctuaciones diurnas de los síntomas y la duración total del trastorno debe ser inferior a los seis meses. El cuadro clínico descrito es tan característico que un diagnóstico fiable de delirium puede hacerse incluso antes de confirmar su etiología. Si el diagnóstico ofrece duda, además de los antecedentes de una enfermedad somática o cerebral subyacente, puede ser necesario poner de manifiesto una disfunción cerebral (por ejemplo, mediante un electroencefalograma anormal, que habitual, pero no invariablemente, se caracteriza por un enlentecimiento de la actividad de fondo).

Incluye:

Síndrome agudo-cerebral
estado confusional agudo o subagudo (no alcohólico)
psicosis infecciosa aguda o subaguda
reacción orgánica aguda o subaguda
síndrome psico-orgánico agudo

Diagnóstico diferencial

El delirium debe ser distinguido de cualquier otro síndrome orgánico cerebral, en especial de una demencia ([F00-F03](#)), de los episodios psicóticos agudos transitorios ([F23](#)), de las formas agudas de la esquizofrenia ([F20](#)) y de los trastornos del humor (afectivos) ([F30-F39](#)),

en todos los cuales pueden presentarse rasgos confusionales. El delirium inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas, debe codificarse en su sección correspondiente ([F1x.4](#)).

F05.0 Delirium no superpuesto a demencia

Usar este código para los casos en los que se satisfacen las pautas de un delirium que no se superpone a una demencia previa.

F05.1 Delirium superpuesto a demencia

Usar este código para los casos en los que se satisfacen las pautas anteriores, pero que se desarrollan en el curso de una demencia ([F00-F03](#)).

F05.8 Otro delirium

Incluye:

Delirium de origen mixto
Delirium o estado confusional subagudo

F05.9 Delirium sin especificación

F06 OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESION O DISFUNCION CEREBRAL O A ENFERMEDAD SOMATICA

Esta categoría incluye distintos trastornos mentales causados por alteraciones cerebrales debidas a una enfermedad cerebral primaria, a una enfermedad sistémica o de otra naturaleza que afecta secundariamente al cerebro o a una sustancia tóxica exógena (excluyendo el alcohol y las sustancias psicotropas clasificados en [F10-F19](#)). Estos trastornos tienen en común el que sus rasgos clínicos no permiten por sí mismos hacer un diagnóstico de presunción de un trastorno mental orgánico, como demencia o delirium. Por el contrario, sus manifestaciones clínicas se parecen o son idénticas a aquellas de los trastornos no considerados como "orgánicos" en el sentido específico y restringido de este tomo, capítulo V (F) de la CIE-10. Su inclusión aquí se justifica por la presunción de que su etiología es una enfermedad o una disfunción cerebral que actúa directamente y que no son simplemente la expresión de una asociación fortuita con dicha enfermedad o disfunción o de la reacción psicológica a sus síntomas, tal como trastornos esquizofreniformes asociados a epilepsia de larga duración.

La decisión de clasificar un síndrome clínico en este epígrafe se basa en lo siguiente:

- a) Evidencia de una enfermedad, lesión o disfunción cerebral o de una enfermedad sistémica de las que pueden acompañarse de uno de los síndromes mencionados;
- b) Relación temporal (semanas o pocos meses) entre el desarrollo de la enfermedad subyacente y el inicio del síndrome psicopatológico;
- c) Remisión del trastorno mental cuando mejora o remite la presunta causa subyacente y

d) Ausencia de otra posible etiología que pudiera explicar el síndrome psicopatológico (por ejemplo, unos antecedentes familiares muy cargados o la presencia de un estrés precipitante).

Las condiciones a) y b) justifican un diagnóstico provisional, pero la certeza diagnóstica aumenta de un modo considerable si están presentes las cuatro.

Los siguientes trastornos son los que con mayor probabilidad dan lugar a los síndromes incluidos en este epígrafe: epilepsia, encefalitis límbica, enfermedad de Huntington, traumatismos craneales, neoplasias del cerebro, neoplasias extracraneales con repercusión remota sobre el sistema nervioso central (en especial carcinoma del páncreas), enfermedad vascular, lesiones o malformaciones vasculares, lupus eritematoso y otras enfermedades del colágeno, enfermedades endocrinas (en especial hipotiroidismo e hipertiroidismo, enfermedad de Cushing), trastornos metabólicos (hipoglucemia, porfiria, hipoxia), enfermedades tropicales y enfermedades parasitarias (tripanosomiasis), efectos tóxicos de sustancias psicotropas no psicotropas (propranolol, l-DOPA, metil-DOPA, esteroides, antihipertensivos y antimaláricos).

Excluye:

trastornos mentales asociados con demencia ([F00-F03](#))

trastornos mentales asociados con delirium ([F05](#))

F06.0 Alucinosis orgánica

Se trata de un trastorno caracterizado por alucinaciones persistentes o recurrentes, normalmente visuales o auditivas, que se presentan en un estado de conciencia clara y que pueden ser o no ser reconocidas como tales por el que las padece. Puede presentarse una elaboración delirante de las alucinaciones, pero lo más frecuente es que se conserve la conciencia de enfermedad.

[Pautas para el diagnóstico](#)

Además de las pautas generales de la introducción de esta sección ([F06](#)), es necesaria la presencia de alucinaciones persistentes o recurrentes en cualquiera de sus modalidades y la ausencia de obnubilación de la conciencia, de un deterioro intelectual significativo, de un trastorno de memoria y de un predominio de ideas delirantes.

Incluye:

delirio dermatozoico estado alucinatorio orgánico (no alcohólico)

Excluye:

esquizofrenia ([F20](#))

alucinosis alcohólica ([F10.52](#))

F06.1 Trastorno catatónico orgánico

Se trata de un trastorno caracterizado por una actividad psicomotriz disminuida (estupor) o aumentada (agitación), que se acompaña de síntomas catatónicos. Pueden alternarse ambos polos de trastornos psicomotores. Se desconoce si en estos cuadros orgánicos puede presentarse la gama completa de los trastornos catatónicos descritos en la esquizofrenia. Tampoco ha podido aclararse de una manera concluyente si un estado catatónico orgánico puede presentarse con un estado de conciencia claro o si es siempre una manifestación de un delirium, con una amnesia subsiguiente total o parcial. Esto implica tener precaución a la hora de diagnosticar un estado así y evaluar cuidadosamente las pautas para el diagnóstico de un delirium. Suele aceptarse que las encefalitis y las intoxicaciones con monóxido de carbono dan lugar a este síndrome con mas frecuencia que otras causas orgánicas.

Pautas para el diagnóstico

Deben satisfacerse las pautas generales para aceptar una etiología orgánica, expuestas en la introducción a [F06](#). Además, deberán presentarse uno de los síntomas siguientes:

- a) estupor (disminución o ausencia total de movimientos espontáneos con mutismo parcial o total, negativismo y posturas rígidas mantenidas);
- b) agitación (franca inquietud motriz con o sin tendencias agresivas)
- c) ambos estados (pasando de un modo rápido e imprevisto de la hipo a la hiperactividad).

Otros fenómenos catatónicos que aumentan la fiabilidad del diagnóstico son: estereotipias, flexibilidad cérica y actos impulsivos.

Excluye:

- esquizofrenia catatónica ([F20.2](#))
- estupor disociativo ([F44.2](#))
- estupor sin especificación (R40.1)

F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico

Se trata de un trastorno en cuyo cuadro clínico predominan ideas delirantes persistentes o recurrentes. Las ideas delirantes pueden acompañarse de alucinaciones pero estas no se limitan a su contenido. Pueden presentarse rasgos sugerentes de una esquizofrenia, tales como alucinaciones bizarras o trastornos del pensamiento.

Pautas para el diagnóstico

Deben satisfacerse las pautas generales para aceptar una etiología orgánica, expuestas en la introducción a [F06](#). Además, deberán presentarse ideas delirantes (de persecución, de transformación corporal, de celos, de enfermedad o muerte de uno mismo o de otra persona). También pueden estar presentes alucinaciones, trastornos del pensamiento o

fenómenos catatónicos aislados. La conciencia y la memoria no deben estar afectadas. Este diagnóstico no deberá hacerse si la presunta relación causal orgánica no es específica o se limita a hallazgos tales como una dilatación de los ventrículos cerebrales visualizados en una tomografía axial computarizada o por signos neurológicos menores ("blandos").

Incluye:

psicosis esquizofreniformes de la epilepsia
estados orgánicos paranoides o alucinatorio-paranoides

Excluye:

episodio psicótico agudo transitorio ([F23](#))
trastornos psicóticos debidos al consumo de sustancias psicotropas ([F1x.5](#))
trastorno de ideas delirantes persistentes ([F22](#))
esquizofrenia ([F20](#))

F06.3 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos

Se trata de un trastorno caracterizado por una depresión del estado de ánimo, una disminución de la vitalidad y un decremento de la actividad. Puede también estar presente cualquier otro de los rasgos característicos de un episodio depresivo (ver [F30](#)). El único criterio para la inclusión de este estado en la sección orgánica es una presunta relación causal directa con un trastorno cerebral o somático, cuya presencia deberá ser demostrada con independencia, por ejemplo, por medio de una adecuada exploración clínica y complementaria o deducida a partir de una adecuada información anamnésica. El síndrome depresivo deberá ser la consecuencia del presunto factor orgánico y no ser la expresión de la respuesta emocional al conocimiento de la presencia del mismo o a las consecuencias de los síntomas de un trastorno cerebral concomitante. Son casos prototípicos la depresión postinfecciosa (por ejemplo, la que sigue a una gripe, que debe codificarse aquí). Pero la euforia leve, persistente, que no alcanza el rango de hipomanía (que aparece, por ejemplo, en asociación con la terapia esteroidea o con fármacos antidepresivos) no debe codificarse aquí, sino en el [F06.8](#).

Pautas para el diagnóstico

Deben satisfacerse las pautas generales para aceptar una etiología orgánica, expuestas en la introducción. Además, deberán presentarse los requisitos de [F30-F33](#).

Los siguientes códigos de cinco caracteres pueden usarse para especificar el cuadro clínico:
[F06.30](#) Trastorno maniaco orgánico [F06.31](#) Trastorno bipolar orgánico [F06.32](#) Trastorno depresivo orgánico [F06.33](#) Trastorno del humor (afectivo) mixto orgánico

Excluye:

trastornos del humor (afectivos) no orgánicos o sin especificar específicos ([F30-F39](#))

trastorno del humor (afectivo) orgánico por lesión del hemisferio derecho
([F07.8](#))

F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico

Se trata de un cuadro caracterizado por los rasgos esenciales de un trastorno de ansiedad generalizada ([F41.1](#)), de trastorno de pánico ([F41.0](#)) o por una combinación de ambos, pero que se presenta como consecuencia de un trastorno orgánico capaz de producir una disfunción cerebral (epilepsia del lóbulo temporal, tireotoxicosis o feocromocitoma).

Excluye:

trastornos de ansiedad no orgánicos o sin especificar ([F41](#))

F06.5 Trastorno disociativo orgánico

Se trata de un trastorno que satisface las pautas de uno de los trastornos de [F44](#), trastornos disociativos (de conversión), y a la vez las pautas generales de etiología orgánica (como se describe en la introducción a esta sección).

Excluye:

trastorno disociativo (de conversión) no orgánico o sin especificar ([F44](#))

F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico

Se trata de un estado caracterizado por la presencia de incontinencia o labilidad emocionales persistentes, de fatigabilidad y de diversas sensaciones corporales desagradables (mareos, por ejemplo) y dolores atribuibles a un factor orgánico. Suele aceptarse que este trastorno se presenta con mayor frecuencia en la enfermedad vasculocerebral y en la hipertensión, en asociación con otras causas.

Excluye:

trastorno somatomorfo no orgánico o sin especificar ([F45](#))

F06.7 Trastorno cognoscitivo leve

Este trastorno puede preceder, acompañar o suceder a infecciones o trastornos somáticos, cerebrales o sistémicos (incluyendo la infección por HIV) muy diversos. Puede no existir una afectación cerebral puesta de manifiesto por signos neurológicos o déficits en los tests psicológicos, pero si grandes molestias o interferencias con actividades agradables. Cuando es consecuencia de una enfermedad somática de la que el enfermo se recupera, el trastorno cognoscitivo leve no se prolonga mas de unas pocas semanas. Este trastorno sólo debe de diagnosticarse acompañado al de un trastorno somático concreto y nunca cuando este presente alguno de los trastornos mentales o comportamentales clasificados en cualquiera de las secciones de este tomo, capítulo F (V) de la CIE-10.

Pautas para el diagnóstico

La característica principal es una disminución del rendimiento cognitivo, que puede incluir deterioro de la memoria y dificultades de aprendizaje o de concentración. Los tests objetivos suele detectar anomalías. La naturaleza de los síntomas no permite el diagnóstico de demencia (**F00-F03**), síndrome amnésico orgánico (**F04**) o delirium (**F05,--**).

Diagnóstico diferencial

Este trastorno debe ser diferenciado del síndrome postencefalítico (**F07.1**) y del postconmocional (**F07.2**) por su diferente etiología, porque sus síntomas son más escasos y mas leves y porque su duración suele ser menor.

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

Ejemplos son el estado de ánimo alterado que ocurre durante el tratamiento con esteroides o antidepresivos.

Incluye: psicosis epiléptica sin especificación

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

F07 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS A ENFERMEDADES, LESIONES O DISFUNCIONES CEREBRALES

La alteración de la personalidad y del comportamiento debida a una enfermedad, una lesión o una disfunción cerebral, puede ser de carácter residual concomitante con una enfermedad daño o disfunción cerebral. En algunos casos las características concretas de las manifestaciones de estos trastornos de la personalidad y del comportamiento residuales o concomitantes pueden sugerir el tipo o localización de la afección cerebral. Sin embargo, no debe de sobreestimarse la fiabilidad de este tipo de presunción diagnóstica y por lo tanto deberá investigarse siempre de un modo independiente la etiología subyacente y si aparece se anotará el diagnóstico correspondiente.

F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad

Este trastorno se caracteriza por una alteración significativa de las formas habituales del comportamiento premórbidos. Estas alteraciones afectan siempre en profundidad a la expresión de las emociones, de las necesidades y de los impulsos. Los procesos cognoscitivos pueden estar afectados exclusivamente en el área de la planificación de la propia actividad y en la previsión de probables consecuencias sociales y personales, como en el llamado síndrome del lóbulo frontal. No obstante se sabe que este síndrome se presenta no sólo en las lesiones del lóbulo frontal, sino también en lesiones de otras áreas circunscritas del cerebro.

Pautas para el diagnóstico

Un diagnóstico definitivo se basa, además de en los claros antecedentes u otra evidencia de enfermedad, lesión o disfunción cerebral, en la presencia de dos o más de los siguientes rasgos:

- a) capacidad persistentemente reducida para mantener una actividad orientada a un fin, concretamente las que requieran períodos largos de tiempo o gratificaciones mediatas;
- b) alteraciones emocionales, caracterizados por labilidad emocional, simpatía superficial e injustificada (euforia, expresiones inadecuadas de júbilo) y cambios rápidos hacia la irritabilidad o hacia manifestaciones súbitas de ira y agresividad. En algunos casos el rasgo predominante puede ser la apatía;
- c) expresión de necesidades y de impulsos que tienden a presentarse sin tomar en consideración sus consecuencias o molestias sociales (el enfermo puede llevar a cabo actos antisociales tales como robos, comportamientos sexuales inadecuados, comer vorazmente o no mostrar preocupación por su higiene y aseo personales);
- d) trastornos cognoscitivos, en forma de suspicacia o ideas paranoides o una preocupación excesiva por un tema único, por lo general abstracto (por ejemplo, la religión, el "bien y el mal"), o por ambas a la vez;
- e) marcada alteración en el ritmo y flujo del lenguaje, con rasgos tales como circunstancialidad, "sobre-inclusividad", pegajosidad e hipergrafía y
- f) alteración del comportamiento sexual (disminución de la sexualidad o cambio del objeto de preferencia sexual).

Incluye:

- síndrome del lóbulo frontal
- trastorno de personalidad de la epilepsia límbica
- síndrome postlobotomía
- personalidad orgánica pseudopsicopática
- personalidad orgánica pseudo-retrasada
- estado postleucotomía

Excluye:

- síndrome postconmocional ([F07.2](#))
- síndrome postencefalítico ([F07.1](#))
- trastornos de personalidad ([F60](#))
- transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica ([F62.0](#))
- transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica ([F62.1](#))

F07.1 Síndrome postencefalítico

En este síndrome se incluyen los cambios de comportamiento residuales que se presentan tras la recuperación de una encefalitis vírica o bacteriana. Los síntomas no son específicos y varían de unos a otros individuos, de acuerdo con el agente infeccioso y, sobre todo, con la edad del enfermo en el momento de la infección. La diferencia principal entre este trastorno y el resto de los trastornos orgánicos de personalidad es que es a menudo reversible.

Pautas para el diagnóstico

Las manifestaciones de este trastorno suelen consistir en malestar general, apatía o irritabilidad, cierto déficit de las funciones cognoscitivas (dificultades de aprendizaje), alteración de los hábitos del sueño y de la ingesta, cambios de la conducta sexual y disminución de la capacidad de juicio. Pueden presentarse muy diversas disfunciones neurológicas residuales tales como parálisis, sordera, afasia, apraxia constructiva o acalculia.

Excluye:

trastorno orgánico de personalidad

F07.2 Síndrome postconmocional

Este síndrome se presenta normalmente después de un traumatismo craneal, por lo general suficientemente grave como para producir una pérdida de la conciencia. En él se incluye un gran número de síntomas dispares tales como cefaleas, mareos (en los que suelen faltar los rasgos característicos del vértigo), cansancio, irritabilidad, dificultades de concentración y de la capacidad de llevar a cabo tareas intelectuales, deterioro de la memoria, insomnio y tolerancia reducida a situaciones estresantes, a excitaciones emocionales y al alcohol. Estos síntomas pueden acompañarse de un estado de ánimo depresivo o ansioso, dando lugar a una cierta pérdida de la estimación de sí mismo y a un temor a padecer una lesión cerebral permanente. Estos sentimientos refuerzan los síntomas primarios y se pone así en marcha un círculo vicioso. Algunos enfermos se vuelven hipocondriacos y se embarcan en la búsqueda constante de diagnósticos y de tratamientos, y de ellos algunos pueden adoptar el papel permanente de enfermo. La etiología de estos síntomas no es siempre clara y se han interpretado tanto como consecuencia de factores orgánicos como psicológicos. Por lo tanto, el lugar de este cuadro en la nosología es aún incierto. Por otra parte no hay duda de que este síndrome es frecuente e implica gran malestar para el enfermo.

Pautas para el diagnóstico

Un diagnóstico definitivo se basa en la presencia de al menos tres de los rasgos señalados anteriormente. Debe hacerse una evaluación cuidadosa mediante exploraciones complementarias (electroencefalografía, potenciales evocados del tronco cerebral, técnicas neurorradiológicas, oculonistagmografía, etc.), dado que pueden servir para objetivar los síntomas, aunque en la mayoría de los casos estos resultados son negativos. Las quejas no son necesariamente debidas a motivos de compensación.

Incluye:

**síndrome (encefalopatía) postconmocional
síndrome cerebral post-traumático no psicótico**

F07.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedades, lesiones o disfunciones cerebrales

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. No obstante, puesto que el lugar de estos síndromes en la nosología es inseguro deben ser clasificados como "otros". Puede añadirse un quinto carácter si fuera necesario para identificar presuntas entidades individuales como:

Trastorno afectivo orgánico por lesión del hemisferio derecho. Algunas personas con trastornos en el hemisferio cerebral derecho presentan cambios en la capacidad para expresar o comprender emociones. A pesar de que, de un modo superficial, el enfermo pudiera parecer deprimido, normalmente no está presente un estado de ánimo depresivo, sino que lo que sucede es que está reducida la expresión de las emociones.

Se debe utilizar este código también para:

a) síndromes específicos de alteraciones de la personalidad o del comportamiento presuntamente debidos a enfermedades, lesiones o disfunciones cerebrales distintos de [F07.0](#), [F07.1](#) y [F07.2](#) y

b) aquellos estados con trastornos cognoscitivos de grado medio que no tienen intensidad suficiente para ser considerados como demencia en trastornos mentales progresivos tales como enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, etc. El diagnóstico deberá cambiarse si en un momento dado se satisficieran las pautas de demencia.

Excluye:

delirium ([F05](#))

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

Incluye:

psicosíndrome orgánico

F09 TRASTORNO MENTAL ORGANICO O SINTOMATICO SIN ESPECIFICACION

Incluye:

**psicosis orgánica sin especificación
psicosis sintomático sin especificación**

Excluye:

psicosis sin especificación [\(F29\)](#)

F10-F19 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS

- 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 (incluyendo 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.**

F1x.0 Intoxicación aguda:

F1x.00 no complicada

F1x.01 con traumatismo o lesión corporal

F1x.02 con otra complicación de índole médica

F1x.03 con delirium

F1x.04 con distorsiones de la percepción

F1x.05 con coma

F1x.06 con convulsiones

F1x.07 intoxicación patológica

F1x.1 Consumo perjudicial.

F1x.2 Síndrome de dependencia:

F1x.20 en la actualidad en abstinencia

F1x.21 en la actualidad en abstinencia en un medio protegido

F1x.22 en la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado

F1x.23 en la actualidad en abstinencia en tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes

F1x.24 con consumo actual de la sustancia

F1x.25 con consumo continuo

F1x.26 con consumo episódico (dipsomanía)

F1x.3 Síndrome de abstinencia:

F1x.30 no complicado

F1x.31 con convulsiones

F1x.4 Síndrome de abstinencia con delirium:

F1x.40 sin convulsiones

F1x.41 con convulsiones

F1x.5 Trastorno psicótico:

F1x.50 esquizofreniforme

F1x.51 con predominio de ideas delirantes

F1x.52 con predominio de alucinaciones

F1x.53 con predominio de síntomas polimorfos

F1x.54 con predominio de síntomas depresivos

F1x.55 con predominio de síntomas maníacos

F1x.56 trastorno psicótico mixto

F1x.6 Síndrome amnésico

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

F1x.70 con reviviscencias ("flashbacks")

F1x.71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento

F1x.72 Trastorno afectivo residual

F1x.73 Demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicótropas

F1x.74 Otro deterioro cognoscitivo persistente

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

F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento.

F1x.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación.

Introducción.

Esta sección incluye trastornos muy diversos, cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicótropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico).

La sustancia referida se indica mediante el segundo o tercer carácter (los dos primeros dígitos tras la letra F) y el cuarto y quinto caracteres codifican los cuadros clínicos concretos. Para ahorrar espacio, todas las sustancias psicótropas se enumeran al principio, seguidas por los códigos del cuarto carácter, los cuales son aplicables a todas las sustancias psicótropas que lo requieran. Sin embargo, no todos los códigos del cuarto carácter son aplicables a todas y cada una de las sustancias.

Pautas para el diagnóstico

La identificación de la sustancia psicótropa involucrada en estos trastornos puede hacerse a partir de los datos proporcionados por el propio individuo, de los análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etc. o de cualquier otra fuente (muestras de sustancias en las pertenencias del enfermo, síntomas y signos clínicos o información proporcionada por

terceros). Siempre es aconsejable corroborar en varias fuentes la información sobre el consumo de la sustancia en cuestión.

Los análisis objetivos son la evidencia mas fiable del consumo actual o reciente de una sustancia, pero tienen sus limitaciones a la hora de evaluar el consumo en el pasado o el grado del mismo en el presente.

Muchos de los que consumen sustancias psicotropas no se limitan a una sola. No obstante, la clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse, cuando sea posible, de acuerdo con las sustancias (o de la clase de sustancias) consumidas mas importantes. Por ello, en caso de duda, hay que tener en cuenta la sustancia o el tipo de sustancia que causa el trastorno presente en el momento y aquella que se consume con mas frecuencia, en especial cuando se trata de un consumo continuo o cotidiano.

Unicamente en los casos en los que el consumo es errático e indiscriminado o en los que se recurre a una mezcla inseparable de diferentes sustancias, debería codificarse en F19, Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples sustancias psicotropas o de otras sustancias psicotropas. Si se hubiera identificado el consumo de varias sustancias concretas, todas ellas deben ser codificadas.

El uso patológico de otras sustancias no psicotropas como laxantes, aspirinas, etc., debe codificarse de acuerdo con [F55](#), abuso de sustancias que no crean dependencia (con un cuarto caracter para especificar el tipo de sustancia consumida).

Los casos en los que los trastornos mentales (particularmente delirium en la edad avanzada) sean debidos a sustancias psicotropas, pero sin la presencia de uno de los trastornos incluidos en este capitulo (por ejemplo uso perjudicial o síndrome de dependencia) deberían codificarse en [F00-F09](#). Cuando un cuadro de delirium se superpone a uno de los trastornos incluidos en esta sección debería codificarse mediante [F1x.3](#) ó [F1x.4](#). El modo de implicación alcohólica puede ser indicado mediante un código suplementario del capítulo XX de la CIE-10, Y90 (evidencia de implicación alcohólica determinada por el contenido plasmático de alcohol) o Y91 (evidencia de implicación alcohólica determinada por el grado de intoxicación).

F1x.0 Intoxicación aguda

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

Este es el diagnóstico principal sólo en los casos en los que la intoxicación se presenta en ausencia de problemas mas graves o persistentes relacionados con las alcohol u otras sustancias psicotropas. Si no fuera así, tienen preferencia los diagnósticos de consumo perjudicial ([F1x.1](#)), síndrome de dependencia ([F1x.2](#)) o trastorno psicótico ([F1x.5](#)).

Pautas para el diagnóstico

La intoxicación aguda suele tener una relación estrecha con la dosis de la sustancia (ver el capítulo XX de la CIE-10), aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tomada en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. Los síntomas de la intoxicación no tienen porqué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo, las sustancias psicotropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperreactividad o las sustancias psicotropas estimulantes, dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas sustancias como el cánnabis y los alucinógenos son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas sustancias psicotropas pueden producir efectos de diferentes tipos en función de la dosis. Por ejemplo, el alcohol que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación.

Incluye:

embriaguez aguda en alcoholismo "mal viaje" (debido a drogas alucinógenas)
embriaguez sin especificación

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta a los traumatismos cráneo-encefálicos agudos y la hipoglucemia. También hay que considerar que la intoxicación puede ser la consecuencia de un consumo mixto de sustancias.

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

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

F1x.01 con traumatismo o lesión corporal

F1x.02 con otra complicación médica (por ejemplo, hematemesis, aspiración de vómitos, etc.)

F1x.03 con delirium

F1x.04 con distorsiones de la percepción

F1x.05 con coma

F1x.06 con convulsiones

F1x.07 Intoxicación patológica (se aplica sólo al alcohol). Consiste en la aparición brusca de un comportamiento agresivo o violento, nada característicos de individuo en estado sobrio, después de ingerir una cantidad de alcohol que no produciría intoxicación en la mayoría de las

personas.

F1x.1 Consumo perjudicial

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

Pautas para el diagnóstico

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

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

Las intoxicaciones agudas ([ver F1x.0](#)) y las resacas no son en sí mismas evidencia suficiente del "daño para la salud" requerido para el diagnóstico de consumo perjudicial.

El consumo perjudicial no debe diagnosticarse si están presentes un síndrome de dependencia ([F1x.2](#)), un trastorno psicótico ([F1x.5](#)) u otras formas específicas de trastornos relacionados con alcohol u otras sustancias psicotropas.

F1x.2 Síndrome de dependencia.

Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

Pautas para el diagnóstico

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

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas

veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.

c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver [F1x.4](#), [F1x.3](#)) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar síntomas de abstinencia.

d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).

e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

h) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

También se han descrito como una característica esencial la reducción progresiva de las distintas formas de consumo de la sustancia o alcohol (por ejemplo, tendencia a ingerir bebidas alcohólicas entre semana y los fines de semana al margen de las normas sociales aceptadas para un consumo adecuado de alcohol).

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

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

Incluye:

alcoholismo crónico
dipsomanía

adición a fármacos

El diagnóstico de síndrome de dependencia se puede especificar más con los siguientes códigos de cinco caracteres:

F1x.20 en la actualidad en abstinencia

F1x.21 en la actualidad en abstinencia en un medio protegido (hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.)

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

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

F1x.24 con consumo actual de la sustancia

F1x.25 con consumo continuo

F1x.26 con consumo episódico (dipsomanía)

F1x.3 Síndrome de abstinencia

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

Pautas para el diagnóstico

Un síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia (véase [F1x.2](#)), por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia debe tener prioridad si es el motivo de la consulta y si tiene una gravedad suficiente como para requerir por sí mismo atención médica.

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

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

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta que muchos síntomas del síndrome de abstinencia pueden ser

consecuencia de otros trastornos psiquiátricos, por ejemplo de trastornos de ansiedad o depresivos. La simple "resaca" o un temblor de otra etiología no deben confundirse con los síntomas de un síndrome de abstinencia.

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

F1x.30 no complicado
F1x.31 con convulsiones

F1x.4 Síndrome de abstinencia con delirium

Se trata de un trastorno en el que un síndrome de abstinencia (ver [F1x.3](#)) se complica con un delirium (ver las pautas de [F05](#)).

Codificar aquí el delirium tremens inducido por alcohol. El delirium tremens es un estado tóxico-confusional acompañado de trastornos somáticos, de corta duración y que a veces pone en peligro la vida. Suele ser consecuencia de la abstinencia absoluta o relativa de alcohol en personas con una grave dependencia y con largos antecedentes de consumo. El delirium tremens comienza, por lo general, después de interrumpir el consumo de alcohol, aunque puede ser provocado por otros factores (traumatismos o infecciones). En algunos casos se presenta durante episodios de consumo muy elevado de alcohol. En este caso debe codificarse aquí.

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

Excluye:

delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas ([F05](#))

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

F1x.40 sin convulsiones
F1x.41 con convulsiones

F1x.5 Trastorno psicótico.

Se trata de un trastorno que por lo general se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones vívidas (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del

sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses.

Pautas para el diagnóstico

Este diagnóstico está reservado para los trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de él (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean una manifestación de un síndrome de abstinencia con delirium (ver [F1x.4](#)) o de comienzo tardío. Los trastornos psicóticos de comienzo tardío (comienzo después de dos semanas de consumo de la sustancia) pueden aparecer, pero deben codificarse como [F1x.75](#).

Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias psicotropas tienen síntomas variados que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor. En el caso de las sustancias estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, estos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras consumos prolongados o a dosis altas de la sustancia. No debe hacerse el diagnóstico de trastorno psicótico por la mera presencia de distorsiones de la percepción o experiencias alucinatorias tras el consumo de sustancias de efectos alucinógenos primarios (por ejemplo LSD, mescalina o cánnabis a altas dosis). En estos casos y también en los estados confusionales el diagnóstico posible a considerar es el de intoxicación aguda ([F1x.0](#)).

Debe tenerse un cuidado especial en no confundir un trastorno psiquiátrico más grave (por ejemplo una esquizofrenia) con un trastorno psicótico inducido por sustancias psicotropas. Muchos de los trastornos psicóticos inducidos por sustancias psicotropas son de corta duración, como sucede en las psicosis anfetamínicas y cocaínicas, a menos que vuelvan a ingerirse nuevas cantidades de la sustancia. Los falsos diagnósticos en estos casos tienen implicaciones desagradables y costosas tanto para los enfermos como para los servicios sanitarios.

Incluye:

- alucinosis alcohólica
- celotipia alcohólica
- paranoia alcohólica
- psicosis alcohólica sin especificación

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta la posibilidad de que el consumo de una sustancia pudiera agravar o precipitar otro trastorno mental como una esquizofrenia ([F20](#)), un trastorno del humor (afectivo) ([F30-F39](#)), un trastorno paranoide o esquizoide de la personalidad ([F60.0-F60.1](#)). En estos casos podría no ser adecuado el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias psicotropas.

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

F1x.50 esquizofreniforme

F1x.51 con predominio de las ideas delirantes
F1x.52 con predominio de las alucinaciones (incluye la alucinosis alcohólica)
F1x.53 con predominio de síntomas polimorfos
F1x.54 con predominio de síntomas depresivos
F1x.55 con predominio de síntomas maníacos
F1x.56 Trastorno psicótico mixto

F1x.6 Síndrome amnésico

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

Pautas para el diagnóstico

El síndrome amnésico inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas debe satisfacer las pautas generales del síndrome amnésico orgánico **(F04)**.

Los requisitos primarios para este diagnóstico son:

- a) Trastorno de memoria para hechos recientes (aprendizaje de material nuevo), un trastorno del sentido del tiempo (alteración de la capacidad para ordenar cronológicamente los acontecimientos del pasado, aglutinación de acontecimientos repetidos en uno solo, etc.).
- b) Ausencia de alteración de la evocación de recuerdos inmediatos, menor alteración de la conciencia y en general de las funciones cognitivas y
- c) Antecedentes o la presencia objetiva de consumo crónico (y a dosis particularmente altas) de alcohol u otras sustancias psicotropas.

Los cambios de la personalidad, que suelen consistir en apatía y pérdida de iniciativa y tendencia a descuidar el aseo personal, no son condiciones necesarias para el diagnóstico. Aunque la confabulación pueda ser marcada, no es necesariamente, un requisito para el diagnóstico.

Incluye:

psicosis de Korsakov inducida por alcohol u otras sustancias psicotropas
síndrome de Korsakov inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta un síndrome amnésico u orgánico (no alcohólico, ver [F04](#)), otros síndromes orgánicos con afectación importante de la memoria (demencia o delirium, [F00-F03](#); [F05](#)) y un trastorno depresivo ([F31-F33](#)).

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

Se trata de estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento debidos al consumo de alcohol u otras sustancias psicótropas, persisten mas allá del tiempo de actuación de la sustancia.

Pautas para el diagnóstico

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

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

Este trastorno psicótico residual debe ser distinguido cuidadosamente del síndrome de abstinencia ([F1x.3](#) y [F1x.4](#)). Hay que recordar que en algunos trastornos y para algunas sustancias, los síntomas de un síndrome de abstinencia pueden durar varios días o semanas después de la interrupción del consumo de la misma.

Los trastornos inducidos por sustancias psicótropas y que persisten una vez interrumpido el consumo que satisfacen las pautas para el diagnóstico de trastorno psicótico no deben ser diagnosticados aquí (recurrir a [F1x.5](#), trastorno psicótico). Los enfermos que presentan el estado crónico final del síndrome de Korsakov deberían codificarse en [F1x.6](#).

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta: un trastorno mental preexistente enmascarado por el consumo de una sustancia que reaparece una vez que los efectos del alcohol o las sustancias psicótropas desaparecen (por ejemplo ansiedad fóbica, trastorno depresivo, esquizofrenia o trastorno esquizotípico). En el caso de las reviviscencia hay que considerar también los trastornos psicóticos agudos y transitorios ([F23](#)). Hay que tener también en cuenta una posible lesión orgánica cerebral y el retraso mental medio o moderado que puede coexistir con el consumo patológico ([F70-F71](#)).

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

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

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

F1x.72 Trastorno afectivo residual, cuando satisfagan las pautas de trastorno del humor (afectivo) orgánico [\(F06.3\)](#).

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

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

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

F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento.

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

F1x.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación

F20-29 ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO ESQUIZOTIPICO 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 post-esquizofrénica

F20.5 Esquizofrenia residual

F20.6 Esquizofrenia simple

F20.8 Otra esquizofrenia

F20.9 Esquizofrenia sin especificación

Quinto caracter para especificar la forma de evolución:

F20.x0 continua

F20.x1 episódica con defecto progresivo

F20.x2 episódica con defecto estable

F20.x3 episódica con remisiones completas

F20.x4 con remisión incompleta

F20.x5 con remisión completa

F20.x8 otra forma de evolución

F20.x9 con período de observación menor de un año

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

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 trastorno esquizoafectivos](#)

[F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación](#)

[F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos](#)

[F29 Psicosis no orgánica sin especificación](#)

Introducción:

La esquizofrenia es el cuadro más frecuente y más importante de este grupo. El trastorno esquizotípico tiene muchos de los rasgos característicos de los trastornos esquizofrénicos y es probable que esté genéticamente relacionado con ellos, sin embargo, en él están ausentes las alucinaciones, las ideas delirantes y los trastornos importantes del comportamiento propios de la esquizofrenia, por lo que no siempre acaban recibiendo atención médica. La mayoría de los trastornos delirantes no están relacionados con la esquizofrenia, aunque puede ser difícil diferenciarlos en la clínica, en especial en los estadios iniciales. Forman un grupo heterogéneo y no bien diferenciado en los que por las características de su duración puede distinguirse un grupo de trastornos psicóticos agudos y transitorios. Este último parece ser especialmente frecuente en los países en desarrollo. Las subdivisiones de este capítulo deben ser consideradas como provisionales y los trastornos esquizoafectivos se incluyen en ellas a pesar de lo controvertido de su naturaleza.

F20 ESQUIZOFRENIA

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede. Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vívidos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. Es frecuente ya desde el comienzo una perplejidad, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo. En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, que en la actividad mental normal están soterrados, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los

bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos. El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conducta o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extrañas. El curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante (debe especificarse con un quinto carácter). Un porcentaje de casos, que varía en las diferentes culturas y poblaciones, evoluciona hacia una recuperación completa o casi completa. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres. Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:

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

Pautas para el diagnóstico

El requisito habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más. Los cuadros que reúnan otras pautas pero de una duración menor a un mes (hayan sido tratados o no) deberán ser diagnosticados en primera instancia como trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico ([F23.2](#)) y reclasificados como esquizofrenia si el trastorno persiste por un período de tiempo más largo.

Mirando retrospectivamente, puede aparecer de forma clara una fase prodrómica en la cual ciertos síntomas y el comportamiento en general, como pérdida de interés por el trabajo y la actividad social, descuido de la apariencia e higiene personales, ansiedad generalizada y grados moderados de depresión y preocupación, precede al inicio de los síntomas psicóticos en semanas o incluso meses. Dada la dificultad para delimitar en el tiempo el inicio de la enfermedad, la pauta de un mes de duración se refiere únicamente a los síntomas específicos señalados más arriba y no a cualquiera de los que aparecen en la fase prodrómica no psicótica.

El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecederan claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad, debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo ([F25](#)), aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por sí solos el diagnóstico de esquizofrenia. Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicótropas o una abstinencia a las mismas. Los trastornos similares que se presentan en el curso de una epilepsia o de otra enfermedad cerebral deberán codificarse de acuerdo con la categoría [F06.2](#) y aquéllos inducidos por sustancias psicótropas como [F1x.5](#).

Formas de evolución

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

- F20x.0 continua
- F20x.1 episódica con defecto progresivo
- F20x.2 episódica con defecto estable
- F20x.3 episódica con remisiones completas
- F20x.4 remisión incompleta
- F20x.5 remisión completa
- F20x.8 otra forma de evolución
- F20x.9 período de observación menor de un año

F20.0 Esquizofrenia paranoide

Es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. En el cuadro clínico

predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos.

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

- a) Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
- b) Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos y
- c) Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales u de otro tipo de sensaciones corporales.

Pueden presentarse también alucinaciones visuales, pero rara vez dominan.

El trastorno del pensamiento puede ser importante en la crisis aguda, pero no tanto como para impedir que las ideas delirantes y las alucinaciones sean descritas con claridad. Lo normal es que la afectividad esté menos embotada que en otras formas de esquizofrenia, pero suele ser frecuente una cierta incongruencia afectiva, al igual que una cierta irritabilidad, ira, y suspicacia y un cierto temor. También pueden aparecer, pero no predominan en el cuadro clínico, síntomas negativos como embotamiento afectivo y trastornos de la voluntad.

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

Pautas para el diagnóstico

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia (ver la [introducción a F20](#)) y además deben destacar las alucinaciones o las ideas delirantes y ser relativamente poco llamativos los trastornos de la afectividad, de la voluntad y del lenguaje y los síntomas catatónicos. Normalmente las alucinaciones son del tipo descrito en b) y c). Las ideas delirantes pueden ser casi de cualquier tipo, pero las más características son las ideas delirantes de ser controlado, de influencia, de dominio y las ideas de persecución de diversos tipos.

Incluye:

esquizofrenia parafrénica

Excluye:

estado paranoide involutivo ([F22.8](#))

paranoia ([F22.0](#))

Diagnóstico diferencial

Es importante excluir las psicosis epilépticas y las inducidas por sustancias psicótropas y recordar que las ideas delirantes de persecución tienen poco valor diagnóstico, en especial en personas de países o culturas diferentes a la propia del lugar.

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica

Se trata de una forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuentes un comportamiento irresponsable e imprevisible y de manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y de frases repetitivas. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva. Esta forma de esquizofrenia comienza por lo general entre los 15 y los 25 años de edad y tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia. Además de las alteraciones afectivas y de la voluntad, destaca el trastorno del pensamiento. Pueden aparecer alucinaciones e ideas delirantes pero no son predominantes. Se pierden la iniciativa y la determinación, se pierde cualquier tipo de finalidad de tal forma que el comportamiento del enfermo parece errático y vacío de contenido. Además la preocupación superficial y manierística por temas religiosos, filosóficos u otros abstractos puede hacer difícil al que escucha seguir el hilo del pensamiento.

Pautas para el diagnóstico

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia (ver la [introducción a F20](#)). La hebefrenia se diagnosticará inicialmente únicamente en adolescentes y adultos jóvenes. Lo más característico, pero no indispensable, es que la personalidad premórbida haya sido más bien tímida y solitaria. Para un diagnóstico seguro de hebefrenia normalmente es necesario un período de dos o tres meses de observación continua para asegurarse de que persiste el comportamiento característico.

Incluye:

esquizofrenia desorganizada
hebefrenia

F20.2 Esquizofrenia catatónica

La característica predominante y esencial de la esquizofrenia catatónica es la presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Durante largos períodos de tiempo pueden mantenerse posturas y actitudes rígidas y encorsetadas. Otra característica notable de este trastorno puede ser la intensa excitación.

Por razones oscuras la esquizofrenia catatónica es poco frecuente en los países industrializados, a pesar de que sigue siendo frecuente en otras partes del mundo. Las manifestaciones catatónicas pueden acompañarse de estados oneiroides con alucinaciones escénicas muy vívidas.

Pautas para el diagnóstico

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia (ver la [introducción a F20](#)). Pueden aparecer síntomas catatónicos aislados y transitorios en el contexto de cualquier otro tipo de esquizofrenia. Para el diagnóstico de esquizofrenia catatónica deben predominar en el cuadro clínico uno o más de uno de los siguientes tipos de comportamiento:

- a) Estupor (marcada disminución de la capacidad de reacción al entorno y reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos) o mutismo.
- b) Excitación (actividad motriz aparentemente sin sentido, insensible a los estímulos externos).
- c) Catalepsia (adoptar y mantener voluntariamente posturas extravagantes e inadecuadas).
- d) Negativismo (resistencia aparentemente sin motivación a cualquier instrucción o intento de desplazamiento o presencia de movimientos de resistencia).
- e) Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser desplazado).
- f) Flexibilidad cérica (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior y
- g) Obediencia automática (se cumplen de un modo automático las instrucciones que se le dan) y perseveración del lenguaje.

En enfermos mutistas, con manifestaciones catatónicas, el diagnóstico de esquizofrenia tendrá que ser provisional hasta que haya información suficiente sobre la presencia de otros síntomas. También es vital recalcar que los síntomas catatónicos no son por sí mismos patognomónicos de la esquizofrenia. Los síntomas catatónicos pueden también aparecer en lesiones cerebrales, en trastornos metabólicos, ser inducidos por el alcohol u otras sustancias psicótropas y también aparecer en los trastornos del humor (afectivos).

Incluye:

- Estupor catatónico
- Catalepsia esquizofrénica
- Catatonía esquizofrénica
- Flexibilidad cérica esquizofrénica

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

Se trata de un conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico

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

Pautas para el diagnóstico

Esta categoría debe reservarse para enfermos que:

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

Incluye:

esquizofrenia atípica

F20.4 Depresión postesquizofrénica

Se trata de un trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después de un trastorno esquizofrénico. Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos, pero no predominan en el cuadro clínico. Estos síntomas esquizofrénicos persistentes pueden ser "positivos" o "negativos", aunque estos últimos son los más frecuentes. No está claro, aunque resulta intrascendente para el diagnóstico, determinar hasta qué punto los síntomas depresivos se han revelado simplemente al resolverse los síntomas psicóticos, son de nueva aparición, forman parte intrínseca de la esquizofrenia o son una reacción psicológica a la misma. Rara vez son lo suficientemente graves o duraderos para satisfacer las pautas de un episodio depresivo grave ([F32.2](#) y [F32.3](#)) y a menudo es difícil decidir qué síntomas del enfermo son debidos a una depresión, cuáles a la medicación neuroléptica y cuáles son expresión del trastorno de la voluntad y del empobrecimiento afectivo de la esquizofrenia por sí misma. Estos estados depresivos se acompañan de un alto riesgo de suicidio.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico sólo deberá hacerse si:

- a) El enfermo ha tenido en los últimos doce meses una enfermedad esquizofrénica que satisfacía las pautas generales de esquizofrenia ([ver la introducción a F20](#))
- b) Persisten algunos síntomas esquizofrénicos y
- c) Los síntomas depresivos son destacados, fuente de malestar y cumplen al menos las pautas de un episodio depresivo ([F32](#)) y han estado presentes por lo menos durante dos semanas. Si el enfermo no tiene ningún síntoma esquizofrénico en el momento de la entrevista, deberá

diagnosticase de episodio depresivo ([F32](#)). Si los síntomas esquizofrénicos todavía son floridos y predominantes deberá mantenerse el diagnóstico del tipo esquizofrénico adecuado ([F20.0](#), [F20.1](#), [F20.2](#), ó [F20.3](#)).

F20.5 Esquizofrenia residual

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

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico fiable deben satisfacerse las siguientes pautas:

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

Si no puede obtenerse información adecuada sobre los antecedentes del enfermo, y por lo tanto no pueden satisfacerse las pautas para una esquizofrenia en el pasado, puede ser necesario hacer un diagnóstico provisional de esquizofrénica residual.

Incluye:

esquizofrenia crónica no diferenciada
estado esquizofrénico residual "Restzustand"

F20.6 Esquizofrenia simple

Se trata de un trastorno no muy frecuente en el cual se presenta el desarrollo insidioso aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general. No hay

presencia evidente de alucinaciones y ni de ideas delirantes y el trastorno es no tan obviamente psicótico como los tipos hebefrénico, paranoide y catatónico. Los rasgos "negativos" característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, embotamiento afectivo, abulia) aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos claramente manifiestos. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo, los enfermos se encierran en sí mismos y se vuelven ociosos y pierden sus objetivos.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico de esquizofrenia simple es difícil de concretar de manera evidente, dado que depende de que se pueda establecer de una manera clara el desarrollo progresivo de los síntomas "negativos" característicos de la esquizofrenia residual (ver mas arriba [F20.5](#)), sin que hayan existido antecedentes de alucinaciones, de ideas delirantes ni de otras manifestaciones de un episodio psicótico pasado, con cambios significativos en la conducta personal manifestados con una marcada pérdida de interés, ociosidad y aislamiento social.

Incluye:

esquizofrenia simplex

F20.8 Otra esquizofrenia

Incluye:

esquizofrenia cenestopática
trastorno esquizofreniforme sin especificación

Excluye:

trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico ([F23.2](#))
esquizofrenia cíclica ([F25.2](#))
esquizofrenia latente ([F23.2](#))

F20.9 Esquizofrenia sin especificación

F21 TRASTORNO ESQUIZOTIPICO

Se trata de un trastorno caracterizado por un comportamiento excéntrico y por anomalías del pensamiento y de la afectividad que se asemejan a las de la esquizofrenia, a pesar de que no se presentan, ni se han presentado, las anomalías características y definidas de este trastorno. No hay síntomas predominantes o característicos, pero pueden aparecer algunos de los siguientes rasgos:

- a) La afectividad es fría y vacía de contenido, y a menudo se acompaña de anhedonia.
- b) El comportamiento o la apariencia son extraños, excéntricos o peculiares.
- c) Empobrecimiento de las relaciones personales y una tendencia al retraimiento social.

d) Ideas de referencia, ideas paranoides o extravagantes, creencias fantásticas y preocupaciones autísticas que no conforman claras ideas delirantes.

e) Ideas paranoides o suspicacia.

f) Rumiaciones obsesivas sin resistencia interna, a menudo sobre contenidos dismórficos, sexuales o agresivos.

g) Experiencias perceptivas extraordinarias como ilusiones corporales somato-sensoriales u otras ilusiones o manifestaciones de despersonalización o desrealización ocasionales.

h) Pensamiento y lenguaje vagos, circunstanciales, metafóricos, extraordinariamente elaborados y a menudo estereotipados, sin llegar a una clara incoherencia o divagación del pensamiento.

i) Episodios ocasionales casi psicóticos transitorios con alucinaciones visuales y auditivas intensas e ideas pseudo-delirantes, que normalmente se desencadenan sin provocación externa.

Este trastorno tiene un curso crónico con fluctuaciones de intensidad. Ocasionalmente evoluciona hacia una esquizofrenia clara. No hay un comienzo definido y su evolución y curso son normalmente los de un trastorno de la personalidad. Es más frecuente en individuos genéticamente emparentados con esquizofrénicos y se cree que es una parte del espectro genético de la esquizofrenia.

Pautas para el diagnóstico

Esta categoría diagnóstica no se recomienda para uso general, porque no está claramente diferenciada de la esquizofrenia simple o de los trastornos de personalidad esquizoides o paranoides. Para recurrir a este término deben estar presentes de una manera continuada o episódica durante al menos dos años, tres o cuatro de los rasgos característicos enumerados más arriba. Además el enfermo nunca habrá reunido las pautas para un diagnóstico de esquizofrenia. Unos antecedentes de esquizofrenia en familiares de primer grado es un apoyo adicional para el diagnóstico, aunque no es un requisito necesario.

Incluye:

- esquizofrenia latente
- esquizofrenia limítrofe ("borderline")
- esquizofrenia prepsicótica
- esquizofrenia prodrómica
- esquizofrenia pseudo-neurótica
- esquizofrenia pseudopsicopática
- trastorno esquizotípico de la personalidad
- reacción esquizofrénica latente

Excluye:

- trastorno esquizoide de la personalidad ([F60.1](#))

síndrome de Asperger ([F84.5](#)).

F22 TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES

Este grupo incluye una variedad de trastornos en los cuales la característica clínica única o más destacada la constituyen ideas delirantes consolidadas durante bastante tiempo, que no pueden ser clasificadas como orgánicas, esquizofrénicas o afectivas. Se trata probablemente de un grupo heterogéneo que parece no tener relación con la esquizofrenia, mal definido, y la importancia relativa en su génesis de los factores genéticos, de los rasgos de la personalidad y las circunstancias vitales no es clara y probablemente será diversa.

F22.0 Trastorno de ideas delirantes

Se trata de un grupo de trastornos, caracterizado por la aparición de un único tema delirante o de un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí que normalmente son muy persistentes, y que incluso pueden durar hasta el final de la vida del individuo. El contenido del tema o conjunto de ideas delirantes es muy variable. A menudo es de tipo de persecución, hipocondríaco o de grandeza, pero también puede referirse a temas de litigio o de celos o poner de manifiesto la convicción de que una parte del propio cuerpo está deformada o de que otros piensan que se despiden mal olor o que se es homosexual. Lo más característico es que no se presente otra psicopatología, pero pueden aparecer de modo intermitente síntomas depresivos y, en algunos casos, alucinaciones olfatorias y táctiles. Las voces alucinatorias, los síntomas esquizofrénicos tales como las ideas delirantes de ser controlado, el embotamiento afectivo y la presencia de una enfermedad cerebral son incompatibles con este diagnóstico. Sin embargo, alucinaciones auditivas ocasionales o transitorias, no típicamente esquizofrénicas y que no constituyen una parte principal del cuadro clínico, no excluyen el diagnóstico en enfermos ancianos. El trastorno suele comenzar hacia la edad media o avanzada de la vida, pero algunas veces, especialmente en casos de creencias sobre deformaciones del cuerpo, surge en el inicio de la madurez. El contenido de las ideas delirantes y el momento en el que aparecen y suele poder tener relación con algunas situaciones biográficas significativas, por ejemplo, ideas delirantes de persecución en personas que pertenecen a minorías sociales. Fuera del comportamiento directamente relacionado con el tema de las ideas o sistema delirante, son normales la afectividad, el lenguaje y el resto de la conducta.

Pautas para el diagnóstico

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

Incluye:

parafrenia (tardía)
paranoia
estado paranoide
psicosis paranoide sin especificación
delirio sensitivo de referencia

Excluye:

trastorno paranoide de la personalidad ([F60.0](#))
psicosis paranoide psicógena ([F23.3](#))
reacción paranoide ([F23.3](#))
esquizofrenia paranoide ([F20.0](#))

F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes

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

Incluye:

estado paranoide involutivo
paranoia querulante
dismorfofobia delirante

F22.9 Trastorno delirante persistente sin especificación

F23 TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS

Aún no se dispone de información clínica sistemática para facilitar la descripción de pautas definitivas para la clasificación de los trastornos psicóticos agudos. Los datos existentes son limitados y la tradición clínica no proporciona conceptos claramente definidos y delimitados. En ausencia de un sistema multifacético o multiaxial validado, el método utilizado para evitar confusiones diagnósticas se basa en construir una secuencia diagnóstica la cual refleja el orden de prioridad asignado a características claves del trastorno. El orden de prioridad utilizado es el siguiente:

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

c) Presencia de estrés agudo.

Sin embargo, la clasificación está adaptada para que aquellos que no estén de acuerdo con este orden de prioridades puedan de todas formas identificar los trastornos psicóticos agudos mediante una de estas características especificadas.

Asimismo se recomienda utilizar para todos los trastornos de este grupo otra subdivisión para identificar un comienzo súbito (en el plazo de 48 horas), cuando ello sea pertinente. El comienzo agudo se define como un cambio desde un estado sin características psicóticas a otro claramente anormal y psicótico en un período de dos semanas o menos. Hay evidencia de que el comienzo agudo es signo de buen pronóstico y es posible que cuanto más súbito sea el inicio, mejor será el desenlace. Por ello se recomienda que se especifique cuando sea posible si el comienzo fue súbito (en el plazo de 48 horas o menos).

Los síndromes típicos seleccionados son, primero, el estado rápidamente cambiante y variable, llamado aquí "polimorfo", el cual ha sido descrito en los trastornos psicóticos agudos en varios países y, en segundo lugar, la presencia de síntomas esquizofrénicos típicos. La presencia de estrés agudo puede también especificarse con un quinto carácter, teniendo en cuenta su relación tradicional con la psicosis aguda. La escasa evidencia disponible, sin embargo, indica que una proporción importante de trastornos psicóticos agudos aparecen sin relación con un estrés y por lo tanto se ha previsto el poder anotar la presencia o ausencia de estrés. El estrés agudo asociado significa que los primeros síntomas psicóticos se presentaron no más allá de dos semanas después de uno o más acontecimientos que serían vivenciados como estresantes por la mayoría de personas en circunstancias similares dentro del ambiente cultural en cuestión. Acontecimientos típicos de esta clase son duelos, pérdidas inesperadas de compañeros o de trabajo, contraer matrimonio, o el trauma psicológico del combate, terrorismo y la tortura. Las dificultades o problemas crónicos no deben ser considerados en este contexto como fuente de estrés.

La recuperación completa tiene lugar generalmente dentro del plazo de dos o tres meses, a menudo en pocas semanas e incluso días, y sólo una pequeña proporción de enfermos con estos trastornos desarrollan estados persistentes e invalidantes. Desgraciadamente el estado actual de nuestros conocimientos no permite la predicción precoz de esta pequeña proporción de enfermos que no tendrán una recuperación rápida.

Se proponen estas descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico asumiendo que van a ser usadas por clínicos que necesitan hacer un diagnóstico al evaluar y tratar enfermos a los pocos días o semanas del comienzo del trastorno, sin saber cual va a ser su duración. En consecuencia, se han incluido un cierto número de indicaciones respecto a los límites de duración y del paso de uno a otro trastorno para recordar a quiénes recojan los diagnósticos la necesidad de mantenerlos actualizados.

La nomenclatura de estos trastornos agudos es tan dudosa como su nosología, pero se ha hecho un esfuerzo para utilizar términos simples y familiares. "Trastorno psicótico" se usa como término práctico para todas las entidades de este grupo (el término "psicótico" se define en la introducción general, página xx, añadiendo un calificativo adicional para indicar la característica principal de cada uno de los tipos, tal y como aparece en la secuencia referida más arriba.

Pautas para el diagnóstico

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

Estos trastornos se definen también por la ausencia de una causa orgánica, tal como de conmoción cerebral, delirium o demencia. A menudo se observa perplejidad, preocupación o falta de atención hacia la conversación inmediata pero si estos sistemas son tan marcados o persistentes como para sugerir delirium o demencia de causa orgánica, el diagnóstico debe ser pospuesto hasta que la exploración o la evolución hayan aclarado este punto. De forma parecida, los trastornos de [F23](#) no deben ser diagnosticados en presencia de una intoxicación evidente por sustancias psicótropas o alcohol. Sin embargo, un aumento reciente y moderado en el consumo de, por ejemplo, alcohol o cánnabis, sin evidencia de intoxicación grave o desorientación, no debe descartar el diagnóstico de uno de estos trastornos psicóticos agudos.

Una precisión importante acerca de las pautas temporales (tanto en lo que se refiere a las dos semanas como a las 48 horas) es que éstas no se refieren a el tiempo de máxima gravedad y perturbación, sino a plazos en los cuales los síntomas psicóticos han llegado ser obvios y desorganizadores de al menos algunos aspectos de la vida diaria y del trabajo. El apogeo del trastorno puede tener lugar en ambos casos más tarde. Los síntomas y las alteraciones deben de ser obvios sólo en los plazos citados, en el sentido de que normalmente habrán llevado al individuo a buscar algún tipo de ayuda o de intervención médica. Los períodos prodrómicos de ansiedad, depresión, aislamiento social o trastornos de comportamiento leves no deben incluirse en estos plazos de tiempo.

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

[F23.x0](#) no secundario a situación estresante aguda

[F23.x1](#) secundario a situación estresante aguda

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

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

Si los síntomas persisten más de tres meses, el diagnóstico debe cambiarse (probablemente los más adecuados sean entonces el [F22](#), Trastorno delirante persistente ([F22](#)) o [F28](#), otro trastorno psicótico no orgánico).

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico preciso se requiere que:

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

Incluye:

"Bouffée délirante" sin síntomas de esquizofrenia o no especificada.
Psicosis cicloide sin síntomas de esquizofrenia o no especificada.

F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia

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

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico preciso se requiere que: se cumplan las pautas a) b) y c) del trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0) y que además hayan estado presentes síntomas que satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20) durante la mayor parte del tiempo desde que el cuadro clínico se estableció de forma evidente.

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

Incluye:

"Bouffée délirante" con síntomas de esquizofrenia\ Psicosis cicloide con síntomas de esquizofrenia

F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico

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

psicótico agudo polimorfo ([F23.0](#)).

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico preciso se requiere que:

- a) El comienzo de los síntomas psicóticos sea agudo (desde un estado no psicótico a otro claramente psicótico en dos semanas o menos).
- b) Hayan estado presentes síntomas que satisfacen las pautas de la esquizofrenia ([F20](#)) durante la mayor parte del tiempo desde que el cuadro clínico psicótico se estableció de forma evidente y
- c) No se satisfacen las pautas del trastorno psicótico agudo polimorfo.

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

Incluye:

Esquizofrenia aguda (indiferenciada)
Esquizofrenia aguda
Trastorno o psicosis esquizofreniforme breve
Reacción esquizofrénica

Excluye:

Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico ([F06.2](#))
Trastorno esquizofreniforme sin especificación ([F20.8](#))

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

Se trata de trastornos psicóticos agudos en los cuales la característica principal es la presencia de ideas delirantes o alucinaciones comparativamente estables pero que no satisfacen las pautas de la esquizofrenia ([F20](#)). Las ideas delirantes de persecución o de referencia son frecuentes y las alucinaciones son generalmente auditivas (voces que hablan directamente al enfermo).

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico preciso se requiere que:

- a) El comienzo de los síntomas psicóticos sea agudo (desde un estado no psicótico a otro claramente psicótico en dos semanas o menos).
- b) Las ideas delirantes o alucinaciones hayan estado presentes durante mayoría del tiempo desde que el cuadro clínico comenzó a manifestarse y
- c) No se satisfacen las pautas de la esquizofrenia ([F20](#)) ni del trastorno psicótico agudo polimorfo ([F23.0](#)).

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

Incluye:

Reacción paranoide
Psicosis psicógena paranoide

F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios

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

F23.9 Trastorno psicótico agudo y transitorio sin especificación

Incluye:

psicosis reactiva (breve) sin especificación

F24 TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES INDUCIDAS

Se trata de un trastorno de ideas delirantes, poco frecuente, compartido por dos o más personas que comparten estrechos lazos emocionales. Sólo uno de los afectados padece un auténtico trastorno psicótico. En el otro o los otros las ideas delirantes son inducidas y normalmente remiten cuando se les separa. El trastorno psicótico del individuo dominante suele ser una esquizofrenia, pero esto no es algo ni necesario ni constante. Tanto las ideas delirantes originales de la persona dominante como las inducidas en la otra, son crónicas, de naturaleza persecutoria o de grandeza. Las creencias delirantes sólo son transmitidas de esta manera en circunstancias extraordinarias poco frecuentes. Casi siempre las dos personas son familiares cercanos, aislados del entorno por su lengua, su cultura o por factores geográficos. Las personas en las cuales las ideas delirantes son inducidas suelen ser también dependientes o tienen una relación de servidumbre con la que padece la psicosis genuina.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico de un trastorno delirante inducido sólo deberá hacerse si:

a) Dos o más personas comparten el mismo tema o sistema de ideas delirantes y se apoyan mutuamente en sus creencias.

b) Ambas comparten una relación extraordinariamente estrecha, del tipo descrito mas arriba y

c) Hay evidencia temporal y circunstancial de que las ideas delirantes están inducidas en la persona pasiva (dominada) de la pareja por el contacto con la activa (dominante).

No son frecuentes las alucinaciones inducidas, pero éstas no invalidan el diagnóstico. Sin embargo, si existen razones para creer que dos personas que viven juntas sufren sendos trastornos psicóticos, estos no deben ser codificados aquí, aunque se comparta alguno de los temas delirantes.

Incluye:

Trastorno paranoide inducido
psicosis simbiótica "folie à deux"

Excluye:

"folie simultanée"

F25 TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS

Se trata de trastornos episódicos en los cuales tanto los síntomas afectivos como los esquizofrénicos son destacados y se presentan durante el mismo episodio de la enfermedad, preferiblemente de forma simultánea o al menos con pocos días de diferencia entre unos y otros. No es clara aún su relación con los trastornos del humor (afectivos) (F30-F35) y con los trastornos esquizofrénicos (F20-F24) típicos. Se codifican en una categoría aparte debido a que son demasiado frecuentes como para ser ignorados. Otros cuadros en los cuales los síntomas afectivos aparecen superpuestos o forman parte de una enfermedad esquizofrénica preexistente, o en los cuales coexisten o alternan con otros tipos de trastornos de ideas delirantes persistentes se clasifican bajo la categoría adecuada de F20-F29. Las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo en los trastornos del humor (afectivos) (F30.2, F31.5, F32.3 ó F33.3) no justifican por si solas un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo.

Los enfermos que sufren episodios esquizoafectivos recurrentes, en particular aquellos cuyos síntomas son de tipo maníaco más que de tipo depresivo, generalmente se recuperan completamente y sólo rara vez desarrollan un estado defectual.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico de trastorno esquizoafectivo debería hacerse sólo cuando las manifestaciones de ambos tipos de síntomas, esquizofrénicos y afectivos, son claras y destacadas y se presentan simultáneamente o con un plazo de pocos días entre unos y otros, dentro del mismo episodio de la enfermedad, y cuando, como consecuencia de lo anterior, el episodio de enfermedad no satisface las pautas ni de esquizofrenia ni de episodio depresivo o maníaco. El diagnóstico no debería aplicarse a aquellos enfermos que presentan síntomas esquizofrénicos y afectivos solo en diferentes episodios de la enfermedad. Es frecuente, por ejemplo, que los esquizofrénicos presenten síntomas depresivos tras un episodio psicótico

(ver [F20.4](#), Depresión postesquizofrénica). Algunos enfermos presentan episodios esquizoafectivos recurrentes, los cuales pueden ser de tipo maníaco, depresivo o mixtos. Otros presentan uno o dos episodios esquizoafectivos intercalados entre episodios maníacos o depresivos típicos. En el primer caso el diagnóstico adecuado es el de trastorno esquizoafectivo. En el segundo, la aparición de un episodio esquizoafectivo de forma ocasional no invalida el diagnóstico de trastorno bipolar o trastorno depresivo recurrente si el cuadro clínico es típico en otros aspectos.

F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco

Se trata de un trastorno en el cual los síntomas esquizofrénicos y los maníacos son destacados en el mismo episodio de enfermedad. La alteración del humor es generalmente en forma de euforia acompañada de aumento de la estimación de sí mismo e ideas de grandeza, pero a veces son más evidentes la excitación o irritabilidad, acompañadas de un comportamiento agresivo y de ideas de persecución. En ambos casos existe un aumento de la vitalidad, hiperactividad, dificultades de concentración y una pérdida de la inhibición social normal. Pueden estar presentes ideas delirantes de referencia, de grandeza o de persecución, pero se requieren otros síntomas más típicamente esquizofrénicos para establecer el diagnóstico. El enfermo puede insistir, por ejemplo, en que sus pensamientos están siendo difundidos o interceptados, o que fuerzas extrañas están tratando de controlarlos, o puede referir oír voces de varias clases o expresar ideas delirantes extrañas que no son sólo de grandeza o de persecución. Se requiere a menudo un interrogatorio minucioso para establecer que el enfermo está realmente experimentando estos fenómenos mórbidos y no sólo bromeando o hablando de forma metafórica. Los trastornos esquizoafectivos de tipo maníaco son con frecuencia psicosis floridas con un comienzo agudo, pero la recuperación completa suele tener lugar en pocas semanas, a pesar de que el comportamiento esté alterado de un modo llamativo.

Pautas para el diagnóstico

Debe existir una exaltación marcada del humor, o una exaltación menos evidente del humor acompañada de una irritabilidad o excitación. Deben hallarse claramente presentes dentro del mismo episodio, por lo menos uno y preferiblemente dos síntomas característicos de la esquizofrenia (tal y como se especifica en las pautas uno a cuatro para el diagnóstico de [F20](#), esquizofrenia).

Esta categoría debería usarse tanto para un solo episodio esquizoafectivo de tipo maníaco como para un trastorno recurrente en el cual la mayoría de episodios fueran esquizoafectivos de tipo maníaco.

Incluye:

Psicosis esquizofreniforme de tipo maníaco\ psicosis esquizoafectiva de tipo maníaco

F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo

Se trata de un trastorno en el cual los síntomas esquizofrénicos y depresivos son destacados en el mismo episodio de enfermedad. La depresión del humor suele acompañarse de varios síntomas depresivos característicos o de trastornos del comportamiento tales como inhibición psicomotriz, insomnio, pérdida de vitalidad, de apetito o de peso, reducción en los intereses habituales, dificultades de concentración, sentimientos de culpa, de desesperanza e ideas de suicidio. Al mismo tiempo o dentro del mismo episodio están presentes otros síntomas típicamente esquizofrénicos. El enfermo puede insistir, por ejemplo, en que sus pensamientos están siendo difundidos o interceptados, o en que fuerzas extrañas están tratando de controlarlo. Puede estar convencido de estar siendo espiado o de ser víctima de un complot que no se justifica por su comportamiento, o de oír voces que no son únicamente despectivas o condenatorias sino que hablan de matarlo o comentan entre ellas su comportamiento. Los trastornos esquizoafectivos de tipo depresivo suelen ser habitualmente menos floridos y alarmantes que los episodios esquizoafectivos de tipo maníaco, pero tienden a durar más y el pronóstico es menos favorable. Aunque la mayoría de enfermos se recuperan completamente algunos desarrollan con el tiempo un deterioro esquizofrénico.

Pautas para el diagnóstico

Debe existir humor depresivo marcado, acompañado por lo menos por dos síntomas depresivos característicos o de trastornos del comportamiento enumerados en el episodio depresivo ([F32](#)). Además, deben hallarse dentro del mismo episodio, por lo menos uno y preferiblemente dos síntomas típicamente esquizofrénicos (tal y como se especifica para [F20](#), Esquizofrenia en las pautas para el diagnóstico a) a d).

Esta categoría debería usarse tanto para un único episodio esquizofrénico de tipo depresivo como para un trastorno recurrente en el cual la mayoría de episodios son esquizoafectivos de tipo depresivo.

Incluye:

Psicosis esquizofreniforme de tipo depresivo
Psicosis esquizoafectiva de tipo depresivo

F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto

Codificar aquí trastornos en los cuales los síntomas esquizofrénicos ([F20](#)) coexisten con los de trastorno bipolar, episodio actual mixto ([F31.6](#)).

Incluye:

Esquizofrenia cíclica
Psicosis mixta esquizofrénica y afectiva

F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos

F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación

Incluye:

Psicosis esquizoafectiva sin especificación

F28 OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS NO ORGANICOS

Se clasifican aquí:

a) Los trastornos psicóticos que no satisfacen las pautas para esquizofrenia ([F20](#)) o para los tipos psicóticos de trastornos del humor (afectivos) ([F30-F39](#)) y

b) Los trastornos psicóticos que no satisfacen las pautas sintomáticos para trastorno de ideas delirantes persistentes ([F22](#)).

Incluye:

Psicosis alucinatoria crónica sin especificación

F29 PSICOSIS NO ORGANICA SIN ESPECIFICACION

Incluye:

Psicosis sin especificación

Excluye:

Trastorno mental sin especificación ([F99](#))

Psicosis orgánica o sintomática sin especificación ([F09](#))

F30-39 TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)

F30 Episodio maníaco

F30.0 Hipomanía

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos

F30.2 Manía con síntomas psicóticos

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

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

F31.30 sin síntomas somáticos

F31.31 con síntomas somáticos

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

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

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

F32.00 sin síntomas somáticos

F32.01 con síntomas somáticos

F32.1 Episodio depresivo moderado

F32.10 sin síntomas somáticos

F32.11 con síntomas somáticos

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

F32.8 Otros episodios depresivos

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

F33 Trastorno depresivo recurrente

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

F33.00 sin síntomas somáticos
F33.01 con síntomas somáticos

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

F33.10 sin síntomas somáticos
F33.11 con síntomas somáticos

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

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

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

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

F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes

F38.10 trastorno depresivo breve recurrente

F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos)

F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

Introducción:

Las relaciones entre la etiología, los síntomas, los procesos bioquímicos subyacentes, la respuesta al tratamiento y el pronóstico de los trastornos del humor no son aún lo suficientemente conocidas como para permitir una clasificación universal, pero a pesar de todo es necesaria. La que sigue a continuación se basa en la esperanza de que sea, al menos, aceptable, pues es el resultado de un amplio proceso de consultas.

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

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

Las pautas principales de clasificación de los trastornos del humor (afectivos) han sido seleccionados por razones prácticas, para permitir identificar con facilidad los trastornos clínicos más frecuentes. Así, se han diferenciado los episodios únicos de los trastornos bipolares y de otros trastornos que presentan múltiples episodios, ya que gran parte de los enfermos tienen un solo episodio. También se ha dado importancia a la gravedad por las implicaciones que tiene para el tratamiento y la asistencia. Hay que reconocer que los síntomas que aquí se llaman "somáticos" se podrían haber llamado también "melancólicos", "vitales", "biológicos" o "endogenomorfos", y que el fundamento científico de este síndrome es cuestionable. Es de esperar que su inclusión aquí de lugar a una valoración crítica amplia de la utilidad de identificarla por separado. La clasificación está diseñada de tal forma que aquellos que lo deseen, puedan recurrir a este síndrome somático pero también que pueda ser ignorado, sin por ello perder información.

El modo de distinguir los diferentes niveles de gravedad sigue siendo problemático; los tres niveles, leve, moderado y grave se incluyen aquí por el deseo de muchos clínicos.

Los términos "manía" y "depresión grave" se utilizan en esta clasificación para referirse a los extremos opuestos del espectro afectivo. "Hipomanía" se utiliza para indicar un estado intermedio sin ideas delirantes, alucinaciones o interrupción de la actividad normal. Con frecuencia, pero no exclusivamente, se presenta en las etapas iniciales o finales de una manía.

F30 EPISODIO MANIACO

Se especifican aquí tres niveles de gravedad que comparten la presencia de una exaltación del humor, y un aumento de la cantidad y velocidad de la actividad física y mental propias del individuo. Todas la subdivisiones de esta categoría deben utilizarse solo para episodios maníacos aislados. En el caso de que haya episodios del trastorno del humor (afectivos) anteriores o posteriores, ya sean depresivos, maníacos o hipomaníacos, debe recurrirse al 5 trastorno bipolar ([F31](#)).

Incluye:

Trastorno bipolar aislado
Episodio maníaco aislado

F30.0 Hipomanía

Hipomanía es un grado menor de manía ([F30.1](#)) en el que las alteraciones del humor y del comportamiento son demasiado persistentes y marcadas como para ser incluidas en el apartado de ciclotimia ([F34.0](#)) pero a su vez no se acompañan de alucinaciones o ideas

delirantes. Hay una exaltación leve y persistente del ánimo (durante al menos varios días seguidos), un aumento de la vitalidad y de la actividad y por lo general, sentimientos marcados de bienestar y de elevado rendimiento físico y mental. También es frecuente que el individuo se vuelva más sociable, hablador, que se comporte con una familiaridad excesiva, que muestre un excesivo vigor sexual y una disminución de la necesidad de sueño, pero nada de esto tiene una intensidad suficiente como para interferir con la actividad laboral o provocar rechazo social. En algunos casos la irritabilidad, el engreimiento y la grosería pueden sustituir a la exagerada sociabilidad eufórica.

Puede alterarse la capacidad de atención y concentración, dando lugar a una imposibilidad para desarrollar con calma actividades laborales, de entretenimiento o descansar tranquilamente. No obstante, esto no suele impedir el interés por actividades y empresas totalmente nuevas o por gastos ligeramente excesivos.

Pautas para el diagnóstico

Deben presentarse varias de las características citadas más arriba de exaltación o de alteración del estado de ánimo, y del aumento de la vitalidad durante al menos varios días seguidos, en un grado y con una persistencia mayor que la descrita para la ciclotimia ([F34.0](#)). Una interferencia considerable con las actividades laborales o sociales permite el diagnóstico de hipomanía pero si la interferencia es grave o completa se debe diagnosticar manía ([F30.1](#) o [F30.2](#)).

Diagnóstico diferencial

La hipomanía ocupa un lugar intermedio en el espectro de los trastornos del humor y del nivel de actividad entre la ciclotimia ([F34.0](#)) y la manía ([F30.1](#) y [F30.2](#)). El aumento de la vitalidad y la inquietud (y a menudo la pérdida de peso) deben distinguirse de los síntomas similares que se presentan en el hipertiroidismo y en la anorexia nerviosa. Algunos estadios precoces de "depresión agitada", en particular en edades avanzadas, pueden ofrecer una cierta semejanza con la hipomanía del tipo irritable. Los enfermos con síntomas obsesivos graves pueden desarrollar una gran actividad durante la noche para terminar sus rituales de limpieza doméstica pero su afectividad se encuentra por lo general en el extremo opuesto de lo aquí descrito.

Cuando se presente un corto período de hipomanía como preludeo o al final de una manía ([F30.1](#) y [F30.2](#)) no merece la pena clasificar la hipomanía por separado.

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos

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

Pueden presentarse trastornos de la percepción tales como una apreciación de los colores en forma especialmente vívida (y por lo general hermosa), o bien una preocupación con los

detalles finos de las superficies o texturas así como hiperacusia subjetiva. El individuo se puede embarcar en proyectos extravagantes e impracticables, gastar dinero de forma descabellada o tornarse excesivamente agresivo, cariñoso o chistoso en circunstancias inadecuadas. En algunos episodios maníacos, el humor es irritable y receloso más que exaltado. La primera manifestación tiene lugar con mayor frecuencia entre los 15 y los 30 años de edad, pero puede presentarse a cualquier edad desde el final de la infancia hasta la séptima u octava década de la vida.

Pautas para el diagnóstico

El episodio debe durar al menos una semana, debe ser lo suficientemente grave como para alterar la actividad laboral y social de forma más o menos completa. La alteración del humor debe acompañarse de un aumento de la vitalidad y varios de los síntomas descritos en el apartado previo (en particular la logorrea, la disminución de las necesidades del sueño, las ideas de grandeza y el optimismo excesivo).

F30.2 Manía con síntomas psicóticos

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

Incluye:

Estupor maníaco

Diagnóstico diferencial

Uno de los problemas más frecuentes es el diagnóstico diferencial con la esquizofrenia, en particular no han existido prodromos de hipomanía y el enfermo es evaluado tan solo en el apogeo de la enfermedad, cuando el trastorno básico de la afectividad puede estar enmascarado por la presencia de ideas delirantes generalizadas, un lenguaje incomprensible y una excitación violenta. Los enfermos maníacos que están respondiendo a la medicación neuroléptica pueden presentar un problema diagnóstico similar en el momento en que la actividad física y mental han vuelto a la normalidad pero persisten ideas delirantes o alucinaciones. La presencia ocasional de alucinaciones o ideas delirantes de las descritas en la esquizofrenia ([F20](#)) pueden ser incongruentes con el estado de ánimo. Sin embargo, si estos síntomas fueran destacados o persistentes, podría ser más adecuado

el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo ([F25](#)).

F30.8 Otros episodios maníacos

F30.9 Episodio maníaco sin especificación

Incluye:

manía sin especificación

F31 TRASTORNO BIPOLAR

Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados. A diferencia de otros trastornos del humor (afectivos) la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma. Dado que los enfermos que sufren únicamente episodios repetidos de manía son relativamente escasos y de características muy parecidas (antecedentes familiares, personalidad premórbida, edad de comienzo y pronóstico a largo plazo) al resto de los enfermos que tienen al menos episodios ocasionales de depresión, estos enfermos se clasifican como otro trastorno bipolar ([F31.8](#)).

Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuarto a cinco meses (la duración mediana es de cuatro meses). Las depresiones tienden a durar más (su duración mediana es de 6 meses), aunque rara vez se prolongan más de un año, excepto en personas de edad avanzada. Ambos tipos de episodios sobrevienen a menudo a raíz de acontecimientos estresantes u otros traumas psicológicos, aunque su presencia o ausencia no es esencial para el diagnóstico. El primer episodio puede presentarse a cualquier edad, desde la infancia hasta la senectud. La frecuencia de los episodios y la forma de las recaídas y remisiones pueden ser muy variables, aunque las remisiones tienden a ser más cortas y las depresiones más frecuentes y prolongadas al sobrepasar la edad media de la vida.

A pesar de que el concepto original de "psicosis maníaco-depresiva" también incluía enfermos que sufrían únicamente de depresión, el término trastorno o psicosis maníaco-depresiva se usa ahora preferentemente como sinónimo del trastorno bipolar.

Incluye:

trastorno maníaco-depresivo
psicosis maníaco-depresiva
reacción maníaco-depresiva

Excluye:

ciclotimia ([F34.0](#))
trastorno bipolar, episodio maníaco ([F30](#))

F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico preciso es necesario que:

- a) el episodio actual satisfaga las pautas de hipomanía ([F30.0](#)) y
- b) se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

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

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico preciso es necesario que:

- a) el episodio actual satisfaga las pautas de manía sin síntomas psicóticos ([F30.1](#)) y
- b) se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

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

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico preciso es necesario que:

- a) el episodio actual satisfaga las pautas de manía con síntomas psicóticos ([F30.2](#)) y
- b) se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

Se puede especificar si los síntomas psicóticos del episodio actual son congruentes y no congruentes con el estado de ánimo (ver [F30.2](#)).

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

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico preciso es necesario que:

- a) el episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo leve ([F32.0](#)) o moderado ([F32.1](#)) y

b) se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto en el pasado.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia de síntomas somáticos en el episodio depresivo actual.

F31.30 sin síntomas somáticos

F31.31 con síntomas somáticos

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

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico preciso es necesario que:

a) el episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos ([F32.2](#)) y

b) se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto en el pasado.

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

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico preciso es necesario que:

a) el episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos ([F32.3](#)) y

b) se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto en el pasado.

Se puede especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver [F30.2](#)).

F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto

El enfermo ha padecido en el pasado por lo menos un episodio hipomaniaco, maniaco o mixto y en la actualidad presenta una mezcla o una sucesión rápida de síntomas maníacos, hipomaniacos y depresivos.

Pautas para el diagnóstico

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

Excluye:

episodio afectivo mixto aislado ([F38.0](#))

F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión

El enfermo ha padecido al menos un episodio maníaco, hipomaníaco o mixto en el pasado y por lo menos otro episodio maníaco, hipomaníaco, depresivo o mixto, pero en la actualidad no sufre ninguna alteración significativa del estado de ánimo ni la ha sufrido en varios meses. No obstante, puede estar recibiendo tratamiento para reducir el riesgo de que se presenten futuros episodios.

F31.8 Otros trastornos bipolares

Incluye:

Trastorno bipolar de tipo II
episodios maníacos recurrentes

F31.9 Trastorno bipolar sin especificación

F32 EPISODIOS DEPRESIVOS

En los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas descritas a continuación, leve ([F32.0](#)), moderada ([F32.1](#)) o grave ([F32.2](#) y [F32.3](#)), por lo general, el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) la disminución de la atención y concentración
- b) la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- c) las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves)

- d) una perspectiva sombría del futuro
- e) los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
- f) los trastornos del sueño y
- g) la pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" (ver Introducción, página 143) son:

- a) pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras
- b) pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras
- c) despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual
- d) empeoramiento matutino del humor depresivo
- e) presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas)
- f) pérdida marcada de apetito
- g) pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes) y
- h) pérdida marcada de la libido.

Este síndrome somático habitualmente no se considera presente a menos que cuatro o más de cuatro de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Las categorías de episodio depresivo leve ([F32.0](#)), moderado ([F32.1](#)) y grave ([F32.2](#) y [F32.3](#)) que se describen con mayor detalle a continuación, deben ser utilizadas únicamente para

episodios depresivos aislados (o para el primero). Los posibles episodios depresivos siguientes deben clasificarse dentro de una de las subdivisiones del trastorno depresivo recurrente ([F33](#)).

Se incluyen unos niveles de gravedad para poder cubrir el amplio espectro de los cuadros clínicos que se ven en los diversos tipos de práctica psiquiátrica. Enfermos con episodios depresivos leves son frecuentes en la práctica médica general, mientras que las unidades de internamiento psiquiátricas suelen ocuparse de las formas más graves de episodios depresivos.

Los actos autoagresivos, con frecuencia intoxicaciones voluntarias con la medicación prescrita, que acompañan a los trastornos del humor (afectivos), deben codificarse mediante un código adicional del capítulo XX de la CIE-10 (X60-X84). Estos códigos no implican valoraciones acerca de la diferenciación entre intentos de suicidio y "parasuicidio". Ambos se incluyen en la categoría general de autoagresión.

La diferenciación entre los grados leve, moderado y grave se basa en una complicada valoración clínica que incluye el número, el tipo y la gravedad de los síntomas presentes. El nivel de la actividad social y laboral cotidiana suele ser una guía general muy útil de la gravedad del episodio, aunque los factores personales, sociales y culturales que influyen en la relación entre la gravedad de los síntomas y la actividad social, son lo suficientemente frecuentes e intensas como para hacer poco prudente incluir el funcionamiento social entre las pautas esenciales de gravedad.

La presencia de demencia ([F00-F03](#)) o de retraso mental ([F70-F79](#)), no excluyen el diagnóstico de un episodio depresivo tratable, aunque las dificultades de comunicación hacen probable que sea necesario confiar más de lo habitual para hacer el diagnóstico, en los síntomas somáticos objetivos observados como la inhibición psicomotriz, la pérdida de apetito y de peso y los trastornos del sueño.

Incluye:

episodios aislados de reacción depresiva
depresión psicógena ([F32.0](#), [F32.1](#) ó [F32.2](#))
depresión reactiva([F32.0](#), [F32.1](#) ó [F32.2](#))
depresión mayor (sin síntomas psicóticos)

F32.0 Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico

El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben de estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en [F32](#)). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos unas dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y

tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 sin síntomas somáticos

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos o ninguno de los síntomas somáticos.

F32.01 con síntomas somáticos

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y cuatro o más de los síntomas somáticos están también presentes (si están presentes sólo dos ó tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.1 Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve ([F32.0](#)) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos unas dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.10 sin síntomas somáticos

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes pocos o ninguno de los síntomas somáticos.

F32.11 con síntomas somáticos

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y cuatro o más de los síntomas somáticos están también presentes (si están presentes sólo dos ó tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

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

síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

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

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

Utilice esta categoría para episodios aislados de trastorno depresivo grave. Si hubieran presentado otros episodios utilice la categoría trastorno depresivo recurrente ([F33](#)).

Incluye:

episodios depresivos aislados de depresión agitada
melancolía depresión vital sin síntoma psicóticos

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

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

Incluye:

episodios aislados de depresión mayor con síntomas psicóticos
psicosis depresiva psicógena
psicosis depresiva reactiva
depresión psicótica

Diagnóstico diferencial

El estupor depresivo hay que diferenciarlo de la esquizofrenia catatónica ([F20.2](#)), del estupor disociativo ([F44.2](#)) y de las formas orgánicas de estupor. Se debe utilizar esta categoría únicamente para los episodios aislados de depresión grave con síntomas psicóticos; para los episodios sucesivos se debe utilizar una de las subcategorías de trastorno depresivo recurrente ([F33](#)).

F32.8 Otros episodios depresivos

Se deben incluir aquí episodios que no reúnen las características de los episodios depresivos señalados en [F32.0-F32.3](#), pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otros síntomas como la tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales).

Incluye:

depresión atípica
episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Incluye:

depresión sin especificación
trastorno depresivo sin especificación

F33 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE

Este trastorno se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve ([F32.0](#)), moderado ([F32.1](#)) o grave ([F32.2](#) y [F32.3](#)), pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía [F30.1](#) y [F30.2](#). No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía [F30.0](#)) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepresivo. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. En general, el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar, situándose la edad media de comienzo en la quinta década de vida. Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses (duración mediana de seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes. La recuperación suele ser completa, un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada (en estos casos de utilizarse también esta categoría). A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes.

El riesgo de que un enfermo con un trastorno depresivo recurrente tenga un episodio de manía nunca desaparece totalmente, con independencia del número de episodios depresivos que haya tenido. Si se presentara un episodio maníaco debe cambiarse el diagnóstico a trastorno bipolar.

El trastorno depresivo recurrente puede subdividirse como se indica a continuación, especificando primero el tipo del episodio actual, y después (si se dispone de suficiente información), el tipo que predomina en todos los episodios.

Incluye:

(F33.0 ó F33.1) episodios recurrentes de:

reacción depresiva
depresión psicógena
depresión reactiva
trastorno afectivo estacional

(F33.2 ó F33.3) episodios recurrentes de:

depresión endógena
depresión mayor
psicosis maniaco-depresiva (de tipo depresivo)
depresión psicótica psicógena o reactiva
depresión psicótica
depresión vital

Excluye:

episodios depresivos breves recurrentes ([F38.1](#))

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico preciso deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente ([F33](#)) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo leve ([F32.0](#)). Además por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados varios meses libres de alteración significativa del humor.

De lo contrario debe recurrirse a Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes ([F38.1](#)).

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos en el episodio actual:

F33.00 sin síntomas somáticos (ver [F32.00](#))

F33.01 con síntomas somáticos (ver [F32.01](#))

Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve o moderado, grave, incierto).

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico preciso deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente ([F33](#)) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo moderado ([F32.1](#)). Además por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un periodo de varios meses libres de alteración significativa del humor. De lo contrario debe recurrirse a Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes ([F38.1](#)).

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos en el episodio actual:

F33.10 sin síntomas somáticos (ver [F32.10](#))

F33.11 con síntomas somáticos (ver [F32.11](#))

Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

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

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico preciso deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente ([F33](#)) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos ([F32.2](#)). Además por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un periodo de varios meses libres de alteración significativa del humor. De lo contrario debe recurrirse a Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes ([F38.1](#)).

Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

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

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico preciso deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente ([F33](#)) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave con síntoma psicóticos ([F32.3](#)). Además por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un periodo de varios meses libres de alteración significativa del humor. De lo contrario debe recurrirse a Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes ([F38.1](#)).

Si fuere necesario, las alucinaciones o ideas delirantes pueden distinguirse entre congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver [F30.2](#)).
Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico preciso en el pasado debieron satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente([F33](#)), pero el estado actual no satisface las pautas para episodio depresivo de cualquier gravedad, o para cualquier otro trastorno de [F30-39](#). Además por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un periodo de varios meses libres de alteración significativa del humor. De lo contrario debe recurrirse a Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes ([F38.1](#)).

Esta categoría puede utilizarse también si el enfermo está recibiendo tratamiento para disminuir el riesgo de nuevos episodios.

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación

Incluye:

depresión monopolar sin especificación

F34 TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES

Se trata de una serie de trastornos persistentes del estado de ánimo, que suelen ser de intensidad fluctuante, en los que los episodios aislados son rara vez los suficientemente intensos como para ser descritos como hipomaníacos o incluso como episodios depresivos leves. Dado que duran años y en algunos casos la mayor parte de la vida adulta del enfermo, suelen acarrear un considerable malestar y una serie de incapacidades. En algunos casos, sin embargo, episodios recurrentes o aislados de manía o de depresión, leve o grave, pueden superponerse a un trastorno afectivo persistente. Los trastornos afectivos persistentes se clasifican en esta sección en vez de con los trastornos de personalidad, porque estudios familiares, han demostrado que existe una relación genética con los trastornos del humor (afectivos) y porque a veces responden a los mismos tratamientos que éstos. Se han descrito variedades de comienzo precoz y tardío de ciclotimia.

F34.0 Ciclotimia

Se denomina así a un trastorno caracterizado por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica la existencia de muchos períodos de depresión y de euforia leves. Esta inestabilidad aparece por lo general al inicio de la edad adulta y sigue un curso crónico, aunque a veces el estado de ánimo permanece normal y estable durante meses

seguidos. El enfermo no percibe relación alguna entre las oscilaciones del humor y los acontecimientos vitales. Es difícil diagnosticar este trastorno sin disponer de un período prolongado de observación o de un relato excepcionalmente bueno del comportamiento del enfermo en el pasado. Dado que las oscilaciones del ánimo son relativamente leves y los períodos de euforia pueden ser muy agradables, la ciclotimia pasa frecuentemente desapercibida a la atención médica. Esto puede deberse, en algunos casos, a que los cambios del estado de ánimo son menos evidentes que los cambios cíclicos en el nivel de actividad, la confianza en sí mismo, la sociabilidad o las apetencias. Si fuere necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercera década de la vida) o tardío.

El rasgo esencial es la inestabilidad persistente del estado de ánimo, lo que trae consigo un gran número de episodios de depresión y euforia leves, ninguno de los cuales ha sido lo suficientemente intenso y duradero como para satisfacer las pautas de diagnóstico y la descripción de un trastorno bipolar (F31) o un trastorno depresivo recurrente (F33). Esto implica que los episodios aislados de oscilación del humor que no satisfacen las pautas para ninguna de las categorías descritas en episodio maníaco (F30) o episodio depresivo (F32).

Incluye:

trastorno de personalidad afectiva
personalidad cicloide
personalidad ciclotímica

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta que este trastorno es frecuente entre los familiares de enfermos que padecen un trastorno bipolar (F31) y alguno de los enfermos con ciclotimia llegan en ocasiones a 4 presentar ese cuadro. Una ciclotimia puede persistir durante toda la edad adulta, desaparecer de manera temporal o permanente o evolucionar hacia alteraciones más graves del estado de ánimo, tales como un trastorno bipolar (F31) o un trastorno depresivo recurrente (F33).

F34.1 Distimia

Se denomina así a una depresión crónica del estado de ánimo que no se corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1), por su gravedad o por la duración de los episodios (aunque pueden haberse satisfecho las pautas para un episodio depresivo leve en el pasado, en especial al inicio del trastorno). La proporción entre las fases recortadas de depresión leve y los períodos intermedios de comparativa normalidad es muy variable. Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están meditados y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana. La distimia, por lo tanto, tiene mucho en común con los conceptos de neurosis depresiva y depresión neurótica. Si fuere necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercera década de la vida) o tardío.

Pautas para el diagnóstico

El rasgo esencial es una depresión prolongada de estado de ánimo que nunca, o muy rara vez, es lo suficientemente intensa como para satisfacer las pautas para trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado ([F33.0](#), [F33.1](#)). Suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida. Cuando el comienzo es más tardío, suele ser la consecuencia de un episodio depresivo aislado ([F32](#)) o asociarse a pérdidas de seres queridos u otros factores estresantes manifiestos.

Incluye:

- depresión ansiosa persistente
- neurosis depresiva
- trastorno de personalidad depresiva
- depresión neurótica (demás de dos años de duración)

Excluye:

- depresión ansiosa leve o no persistente ([F41.2](#))
- reacción de duelo de menos de dos años de duración ([F43.21](#), reacción depresiva prolongada)
- esquizofrenia residual ([F20.5](#))

F34.8 Otros trastornos del humor

Se trata de una categoría residual para aquellos trastornos del humor (afectivos) persistentes que no son lo suficientemente graves o duraderos como para satisfacer las pautas de ciclotimia ([F34.0](#)) o distimia ([F34.1](#)) pero que sin embargo son clínicamente significativos. Algunos tipos de depresión antes llamados "neuróticos" se incluyen aquí, siempre y cuando no se satisfagan las pautas de ciclotimia ([F34.0](#)) o distimia ([F34.1](#)) o de episodio depresivo leve ([F32.0](#)) o moderado ([F32.1](#)).

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

F38 OTROS TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)

F38.0 Otros episodios de trastorno del humor (afectivos) aislados

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

Se trata de episodios de alteraciones del humor (afectivas) que duran al menos dos semanas, caracterizado por una mezcla o una alternancia rápida (por lo general de pocas horas) de síntomas hipomaniacos, maniacos o depresivos.

F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes

F38.10 Trastorno depresivo breve recurrente

Durante el año anterior se han presentado cada mes episodios depresivos recurrentes breves. Todos los episodios depresivos aislados duran menos de dos semanas (típicamente dos o tres días, con recuperación completa), pero satisfacen las pautas sintomáticas de episodio depresivo leve, moderado o grave ([F32.0](#), [F32.1](#), [F32.2](#)).

Diagnóstico diferencial

En contraste con la distimia ([F34.1](#)) los enfermos no están deprimidos durante la mayoría del tiempo. Si los episodios se presentan sólo en relación con el ciclo menstrual, utilice el código [F38.8](#) y otro adicional para la etiología subyacente (N94.8 Otros trastornos específicos relacionados con los órganos genitales femeninos y el ciclo menstrual).

F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos) especificados

Es una categoría residual para episodios simples que no satisfacen las pautas ninguna otra de las categorías [F30](#) a [F32](#).

F39 TRASTORNO DEL HUMOR (AFECTIVO) SIN ESPECIFICACION

Se utilizará esta categoría sólo en última instancia, cuando no se pueda usar ningún otro término.

Incluye:

psicosis afectiva sin especificación

Excluye:

trastorno mental sin especificación ([F99](#))

F40-49 TRASTORNOS NEUROTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

F40.0 Agorafobia

F40.00 Sin trastorno de pánico

F40.01 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

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 obsesivos

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

F43.1 Trastorno de estrés post-traumático

F43.2 Trastornos de adaptación

F43.20 Reacción depresiva breve

F43.21 Reacción depresiva prolongada

F43.22 Reacción mixta de ansiedad y depresión

F43.23 Con predominio de alteraciones de otras emociones

F43.24 Con predominio de alteraciones disociales

F43.25 Con alteración mixta de las emociones y disociales

F43.28 Otros trastornos de adaptación con 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 \(de conversión\)](#)

[F44.80 Síndrome de Ganser](#)
[F44.81 Trastorno de personalidad múltiple](#)
[F44.82 Trastornos disociativos \(deconversión\) transitorios de la infancia o adolescencia](#)
[F44.88 Otrostrastornosdisociativos\(deconversión\)](#)

[F44.9Trastorno disociativo \(de conversión\) sin especificación](#)
[F45 Trastornos somatomorfos](#)

[F45.0 Trastorno de somatización](#)
[F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado](#)
[F45.2 Trastorno hipocondriaco](#)
[F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa](#)

[F45.30 Del corazón y sistema cardiovascular](#)
[F45.31 Del tracto gastrointestinal alto](#)
[F45.32 Del tracto gastrointestinal bajo](#)
[F45.33 Del sistema respiratorio](#)
[F45.34 Del sistema urogenital](#)
[F45.38 De otros órganos o 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](#)

Introducción:

Los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos se incluyen juntos en un grupo general debido a su relación histórica con el concepto de neurosis y porque muchos de ellos (no se sabe cuántos) están en relación con la presencia de motivos psicológicos. En la CIE-10 el concepto de Neurosis no se ha mantenido como un principio fundamental de organización, pero se ha cuidado el

permitir la identificación fácil de trastornos que algunos usuarios pueden aún querer considerar como neuróticos, en un sentido particular del término (ver Neurosis y Psicosis en la Introducción General página 23).

Las formas más leves de estos trastornos se ven principalmente en asistencia primaria y en ellas son frecuentes las mezclas de síntomas (la coexistencia de angustia y depresión es, con mucho, la más frecuente). Aunque es necesario decidir en cada caso cuál es el síndrome que predomina, existe una categoría para aquellos casos en los cuales la mezcla de angustia y depresión haría artificial forzar la decisión ([F41.2](#))

F40 TRASTORNOS DE ANSIEDAD FOBICA

En este grupo de trastornos la ansiedad se pone en marcha exclusiva o predominantemente en ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos (externos al enfermo) que no son en sí mismos generalmente peligrosos. En consecuencia, estos se evitan de un modo específico o si acaso son afrontados con temor. La ansiedad fóbica no se diferencia, ni vivencial, ni comportamental, ni fisiológicamente, de otros tipos de ansiedad y su gravedad puede variar desde una ligera intranquilidad hasta el terror pánico. La preocupación del enfermo puede centrarse en síntomas aislados tales como palpitaciones o sensación de desvanecimiento y a menudo se acompaña de miedos secundarios a morir, a perder el control o a volverse loco. La ansiedad no se alivia por saber que otras personas no consideran dicha situación como peligrosa o amenazante. Por lo general el imaginar la situación fóbica desencadena una ansiedad anticipatoria.

Al adoptar el criterio de que el objeto y la situación fóbicos son externos al enfermo muchos de los temores referidos a la presencia de enfermedades (nosofobia) o a estar desfigurado (dismorfofobia), se clasifican en el epígrafe trastorno hipocondriaco ([F45.2](#)). Sin embargo, si el temor a enfermar es consecuencia de un miedo dominante y repetido al posible contagio de una infección o a una contaminación, o es simplemente el miedo a intervenciones (inyecciones, intervenciones quirúrgicas, etc.) o a lugares de asistencia (consulta del dentista, hospitales, etc.) médicas, debe escogerse una de las categorías de esta sección [F40](#) (por lo general [F40.2](#), fobia específica).

La ansiedad fóbica y la depresión coexisten a menudo. La ansiedad fóbica suele empeorar durante un episodio depresivo intercurrente, algunos episodios depresivos se acompañan de una ansiedad fóbica transitoria y estados de ánimo depresivos acompañan a menudo algunas fobias, en especial a la agorafobia. La necesidad de dos diagnósticos, ansiedad fóbica y episodio depresivo, o sólo uno, depende del hecho de que un trastorno haya comenzado claramente antes que el otro o de que predomine sin lugar a dudas sobre el otro en el momento del diagnóstico. Si antes de hacer su aparición los síntomas fóbicos, se

satisficían ya las pautas diagnósticas de trastorno depresivo, debe hacerse este último diagnóstico (ver Introducción, páginas 27 y 28). La mayor parte de los trastornos fóbicos son más frecuentes en las mujeres que en los varones.

En esta clasificación las crisis de pánico (F41.0) que tienen lugar en una situación fóbica consolidada son consideradas como una expresión de la gravedad de la fobia y por lo tanto tiene ésta preferencia diagnóstica. Las crisis de pánico propiamente dichas deben ser consideradas sólo en ausencia de las fobias que aparecen en F40.

F40.0 Agorafobia

El término "agorafobia" se utiliza aquí con un sentido más amplio que el original y que el utilizado aún en algunos países. Se incluyen en él no sólo los temores a lugares abiertos, sino también otros relacionados con ellos, como temores a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general el hogar). El término abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a veces solapadas, entre ellos temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones. Aunque la gravedad de la ansiedad y la intensidad de la conducta de evitación son variables, este es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en su casa. A muchos enfermos les aterra pensar en la posibilidad de poder desmayarse o quedarse solos, sin ayuda, en público. La vivencia de la falta de una salida inmediata es uno de los rasgos clave de muchas de las situaciones que inducen la agorafobia. La mayor parte de los afectados son mujeres y el trastorno comienza en general al principio de la vida adulta. Están presentes a menudo síntomas depresivos y obsesivos y fobias sociales, pero no predominan en cuadro clínico. En ausencia de un tratamiento efectivo la agorafobia suele cronificarse, aunque su intensidad puede ser fluctuante.

Pautas para el diagnóstico

Para satisfacer un diagnóstico definitivo se requieren todas las condiciones siguientes:

- a) los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas
- b) esta ansiedad se limita o predomina en al menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar solo y
- c) la evitación de la situación fóbica es, o ha sido, una característica destacada.

Diagnóstico diferencial

Debe recordarse que algunos agorafóbicos experimentan muy poca ansiedad, porque son capaces de evitar sistemáticamente sus situaciones fóbicas. La presencia de otros síntomas tales como depresión, despersonalización, síntomas obsesivos y fobias sociales no invalida el diagnóstico, con tal de que no sean predominantes en el cuadro clínico. Sin embargo, si el enfermo ya estaba claramente deprimido cuando los síntomas fóbicos aparecieron por primera vez, el diagnóstico más adecuado puede ser episodio depresivo. Esto último es más frecuente en los casos de comienzo tardío.

La presencia o ausencia de trastorno de pánico ([F41.0](#)) en la situación que induce la agorafobia en la mayoría de los casos puede ser recogida mediante un quinto carácter:

F40.00 sin trastorno de pánico

F40.01 con trastorno de pánico

Incluye:

Trastorno de pánico con agorafobia

F40.1 Fobias sociales

Las fobias sociales suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y llevan a evitar situaciones sociales determinadas. Al contrario que la mayoría de las fobias, las fobias sociales se presentan con igual frecuencia en varones y en mujeres.

Algunas de las fobias sociales son restringidas (por ejemplo a comer en público, a hablar en público o a encuentros con el sexo contrario), otras son difusas y abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar. El temor a vomitar en público puede ser importante. El contacto visual directo puede ser particularmente molesto en determinadas culturas. Las fobias sociales suelen acompañarse de una baja estimación de sí mismo y de miedo a las críticas. Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción y a veces el enfermo está convencido de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico. La conducta de evitación suele ser intensas y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto.

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico definitivo deben cumplirse todas las condiciones siguientes:

a) los síntomas, psicológicos comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas

- b) esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas y
- c) es muy llamativa la evitación de estas situaciones fóbicas.

Incluye:

antropofobia
neurosis social

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta que con frecuencia los síntomas agorafóbicos y depresivos son destacados y que ambos tipos contribuyen a que el enfermo se recluya en su hogar. Si la distinción de los dos diagnósticos es muy difícil debe darse preferencia al de agorafobia. No debe hacerse un diagnóstico de depresión, a menos que pueda identificarse claramente un síndrome depresivo florido.

F40.2 Fobias específicas (aisladas)

Se trata de fobias restringidas a situaciones muy específicas tales como a la proximidad de animales determinados, las alturas, los truenos, la oscuridad, a viajar en avión, a los espacios cerrados, a tener que utilizar urinarios públicos, a ingerir ciertos alimentos, a acudir al dentista, a la visión de sangre o de heridas o al contagio de enfermedades concretas. Aunque la situación desencadenante sea muy específica y concreta, su presencia puede producir pánico como en la agorafobia y en las fobias sociales. Las fobias específicas suelen presentarse por primera vez en la infancia o al comienzo de la vida adulta y, si no son tratadas, pueden persistir durante décadas. El grado de incapacidad que producen depende de lo fácil que sea para el enfermo evitar la situación fóbica. El temor a la situación fóbica tiende a ser estable, al contrario de lo que sucede en la agorafobia. Son ejemplos de objetos fóbicos el temor a las radiaciones, a las infecciones venéreas y más recientemente al SIDA.

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico definitivo deben cumplirse todas las condiciones siguientes:

- a) los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas
- b) esta ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas específicos y
- c) estas situaciones son evitadas, en la medida de lo posible.

Incluye:

zoofobias
claustrofobia
acrofobia
fobia a los exámenes

fobia simple

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta que, a diferencia de lo que sucede en la agorafobia y en las fobias sociales, están ausentes otros síntomas psiquiátricos. Las fobias a lesiones sangrantes se diferencian del resto en que en lugar de taquicardia se acompañan de bradicardia y síncope. Los temores a enfermedades específicas tales como el cáncer, cardiopatías o infecciones venéreas, deben clasificarse en trastorno hipocondriaco (F45.2), a menos que hagan referencia a las situaciones específicas en las que pudiera contraerse la enfermedad. Si la convicción de enfermedad adquiriese una intensidad delirante, debe de clasificarse en trastorno de ideas delirantes persistente (F22.0).

Los enfermos que están convencidos que tienen una anormalidad o deformidad de una parte o partes concretas específicas del cuerpo (generalmente la cara), que no son objetivas (a veces calificados de dismorfofóbicos), deben clasificarse en trastorno hipocondriaco (F45.2) o trastorno de ideas delirantes (F22.0), dependiendo de la intensidad y persistencia de su convicción.

F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica

F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación

Incluye:

fobia sin especificación estado fóbico sin especificar

F41 OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

El síntoma principal de estos trastornos es la presencia de una ansiedad, que no se limita a ninguna situación ambiental en particular. También pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, con tal de que éstos sean claramente secundarios o menos graves.

F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. Cada crisis suele durar sólo unos minutos, pero puede durar más.

Tanto la frecuencia como el curso del trastorno, que predomina en mujeres, son bastante variables. A menudo el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que los padecen terminan por salir, escapar, de donde se encuentran. Si esto

tiene lugar en una situación concreta, por ejemplo, en un autobús o en una multitud, como consecuencia el enfermo, puede en el futuro tratar de evitar esa situación. Del mismo modo, frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar sólo o a ir a sitios públicos. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico.

Pautas para el diagnóstico

En esta clasificación, las crisis de pánico que se presentan en una situación fóbica consolidada se consideran expresión de la gravedad de la fobia y ésta tiene preferencia para el diagnóstico. El trastorno de pánico es el diagnóstico principal sólo en ausencia de cualquiera de las fobias de [F40](#).

Para un diagnóstico definitivo deben de presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes:

- a) en circunstancias en las que no hay un peligro objetivo
- b) no deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles y
- c) en el período entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.

Incluye:

ataques de pánico
estados de pánico

Diagnóstico diferencial

Los episodios de pánico deben distinguirse de las crisis de pánico que se presentan en los trastornos fóbicos claros, como ya se ha mencionado. Las crisis de pánico pueden ser secundarias a un trastorno depresivo, en especial en varones. Trastorno de pánico no debe ser el diagnóstico principal si simultáneamente se satisfacen las pautas de trastorno depresivo.

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

Pautas para el diagnóstico

El enfermo debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- a) **aprensión** (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.
- b) **tensión muscular** (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse)
- c) **hiperactividad vegetativa** (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.

La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo ([F32](#)), trastorno de ansiedad fóbica ([F40](#)), trastorno de pánico ([F41.0](#)) o trastorno obsesivo-compulsivo ([F42](#)).

Incluye:

- estado de ansiedad
- neurosis de ansiedad
- reacción de ansiedad

Excluye:

- neurastenia

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo

Esta categoría debe usarse cuando están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría [F43.2](#), Trastornos de adaptación.

Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas comparativamente leves se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos.

Incluye:

depresión ansiosa (leve o no persistente)

Excluye:

depresión ansiosa persistente (distimia [F34.1](#))

F41.3 Otros trastornos mixtos de ansiedad

Esta categoría debe utilizarse para aquellos trastornos en los que se satisfagan las pautas de trastorno de ansiedad generalizada ([F41.1](#)), y que tengan además características destacadas (a menudo de corta duración) de otros trastornos de [F40-F49](#), aunque no se satisfagan las pautas completas de este trastorno adicional. Los ejemplos más frecuentes son:

trastorno obsesivo-compulsivo ([F42](#))

trastornos disociativos ([F44](#))

trastornos de somatización ([F45.0](#))

trastorno somatomorfo indiferenciado ([F45.1](#)) y trastorno hipocondriaco ([F45.2](#)). Si los síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno aparecen en estrecha asociación con cambios significativos de la vida o acontecimientos vitales estresantes entonces se utiliza la categoría [F43.2](#), Trastornos de adaptación.

F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados

Incluye:

ansiedad histérica

F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación

Incluye:

ansiedad sin especificación

F42 TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes (en aras de la brevedad a partir de ahora al hacer referencia a los síntomas el término "obsesivo" reemplazará a "obsesivo-compulsivo". Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser siempre

desagradables (porque su contenido violento u obsceno, o simplemente porque son percibidos como carentes de sentido) y el que los padece suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos. Son, sin embargo, percibidos como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos. Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Para el enfermo tienen la función de prevenir

que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable. Suele tratarse de rituales para conjurar el que uno mismo reciba daño de alguien o se lo pueda producir a otros. A menudo, aunque no siempre, este comportamiento es reconocido por el enfermo como carente de sentido o de eficacia, y hace reiterados intentos para resistirse a ella. En casos de larga evolución, la resistencia puede haber quedado reducida a un nivel mínimo. Casi siempre está presente un cierto grado de ansiedad. Existe una íntima relación entre los síntomas obsesivos, en especial pensamientos obsesivos y la depresión. Los enfermos con trastornos obsesivo-compulsivos tienen a menudo síntomas depresivos y en enfermos que sufren un trastorno depresivo recurrente (F33) a menudo se presentan pensamientos obsesivos durante sus episodios de depresión. En ambas situaciones el incremento o la disminución en la gravedad de los síntomas depresivos se acompaña por lo general por cambios paralelos en la gravedad de los síntomas obsesivos.

El trastorno obsesivo-compulsivo es tan frecuente en varones como en mujeres y la personalidad básica suele tener rasgos anancásticos destacados. El comienzo se sitúa habitualmente en la infancia o al principio de la vida adulta. El curso es variable y, en ausencia de síntomas depresivos significativos, tiende más a la evolución crónica.

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico definitivo deben estar presentes y ser una fuente importante de angustia o de incapacidad durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas sucesivas, síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos. Los síntomas obsesivos deben tener las características siguientes:

- a) son reconocidos como pensamientos o impulsos propios
- b) se presenta una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el enfermo ya no se resista
- c) la idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras (el simple alivio de la tensión o ansiedad no debe considerarse placentero en este sentido) y
- d) los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos.

Incluye:

neurosis obsesivo-compulsiva
neurosis obsesiva
neurosis anancástica

Diagnóstico diferencial

La diferenciación entre trastorno obsesivo-compulsivo y un trastorno depresivo puede ser muy difícil ya que los síntomas obsesivos y depresivos coexisten con mucha frecuencia. Durante un episodio agudo debe darse prioridad a los síntomas que primero aparecieron y si ambos están presentes en la misma intensidad es mejor considerar la depresión como primaria. En trastornos crónicos se dará prioridad a los síntomas que persisten más frecuentemente en ausencia de los otros.

Ataques de pánico ocasionales o síntomas fóbicos leves no excluyen el diagnóstico. Sin embargo, los síntomas obsesivos que se presentan en el curso de la esquizofrenia, del síndrome de Gilles de la Tourette o de trastornos mentales orgánicos deberán ser considerados como parte de estos trastornos.

Es útil distinguir entre pensamientos obsesivos y actos compulsivos aunque frecuentemente coexistan, y destacar los que predominan, porque a menudo requieren diferentes tratamientos.

F42.0 con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos

Pueden tomar la forma de ideas, imágenes mentales o impulsos a actuar. Su contenido es muy variable, pero se acompañan casi siempre de malestar subjetivo. Por ejemplo, a una mujer le puede atormentar el temor de no poder resistir en algún momento el impulso de matar al hijo querido, o por la cualidad obscena o blasfema y ajena a sí mismo de una imagen mental recurrente. A veces las ideas son simplemente banales en torno a una interminable y casi filosófica consideración de alternativas imponderables. Esta consideración indecisa de alternativas es un elemento importante en muchas otras rumiaciones obsesivas y a menudo se acompaña de una incapacidad para tomar las decisiones, aún las más triviales, pero necesarias en la vida cotidiana.

La relación entre rumiaciones obsesivas y depresión es particularmente íntima y se elegirá el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo sólo cuando las rumiaciones aparecen o persisten en ausencia de un trastorno 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 ha evitado una situación potencialmente peligrosa, o con la pulcritud y el orden. En la conducta manifiesta subyace por lo general un miedo a ser objeto o motivo de un peligro y el ritual es un intento ineficaz o simbólico de conjurar ese peligro. Los rituales compulsivos pueden ocupar muchas horas de cada día y suelen acompañarse a veces de una marcada incapacidad de decisión y de un enlentecimiento. En conjunto, son tan frecuentes en un sexo como el otro, pero el lavado de manos ritual es más frecuente en las mujeres y el enlentecimiento sin repeticiones es más común en los varones.

Los rituales están menos íntimamente relacionados con la depresión que los pensamientos obsesivos y responden con mayor facilidad a las terapéuticas de modificación del

comportamiento.

F42.2 con mezcla de pensamientos y actos obsesivos

La mayoría de los enfermos con un trastorno obsesivo-compulsivo presentan tanto pensamientos obsesivos como compulsiones. Esta subcategoría debe ser usada cuando ambos son igualmente intensos, como es frecuente, aunque es útil especificar sólo uno cuando destaca con claridad ya que pensamientos y actos pueden responder a tratamientos diferentes.

F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación

F43 REACCIONES A ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION

Esta sección se diferencia de las otras por que incluye trastornos que se identifican no sólo por la sintomatología y el curso, sino también por uno u otro de los dos factores siguientes: antecedentes de un acontecimiento biográfico, excepcionalmente estresante capaz de producir una reacción a estrés agudo o la presencia de un cambio vital significativo, que de lugar a situaciones desagradables persistentes que llevan a un trastorno de adaptación. Aunque situaciones de estrés psicosocial más leve ("acontecimientos vitales") puedan precipitar el comienzo o contribuir a la aparición de un amplio rango de trastornos clasificados en otras partes de esta clasificación, su importancia etiológica no siempre es clara y en cada caso se encontrará que dependen de factores individuales, a menudo propios de su idiosincrasia, tales como una vulnerabilidad específica. En otras palabras el estrés no es un factor ni necesario ni suficiente, para explicar la aparición y forma del trastorno. Por el contrario, los trastornos agrupados en esta categoría aparecen siempre como una consecuencia directa de un estrés agudo grave o de una situación traumática sostenida. El acontecimiento estresante o las circunstancias desagradables persistentes son un factor primario y primordial, de tal manera que en su ausencia no se hubiera producido el trastorno. Las reacciones a estrés grave y los trastornos de adaptación se presentan en todos los grupos de edad, incluyendo niños y adolescentes, y por lo tanto deben codificarse de acuerdo con las pautas de esta categoría.

Aunque cada síntoma aislado, tanto de la reacción a estrés agudo como del trastorno de adaptación, puede presentarse también en otros trastornos, hay algunos rasgos especiales del modo como se manifiestan estos síntomas que justifica su inclusión en estos estados como una entidad nosológica independiente. El tercer trastorno de esta sección, el trastorno de estrés post-traumático, tiene rasgos clínicos y características relativamente más específicos. Estos trastornos han ser considerados como la expresión de una mala adaptación a situaciones estresantes graves o continuadas, en la que existe una interferencia con los mecanismos de adaptación normal y que por lo tanto llevan a un deterioro del rendimiento social.

Los actos de autoagresión, con frecuencia intoxicación por medicación prescrita, que se asocian íntimamente en el tiempo con el comienzo de una reacción a estrés agudo o un

trastorno de adaptación, deben registrarse mediante un código adicional del capítulo XX de la CIE-10. Estos códigos no incluyen juicios sobre la diferenciación entre intento de suicidio y "parasuicidio". Ambos están incluidos en la categoría general de autoagresiones.

F43.0 Reacción a estrés agudo

Se trata de un trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc.). El riesgo de que se presente un trastorno así aumenta si están presentes además un agotamiento físico o factores orgánicos (por ejemplo en el anciano). También juegan un papel en la aparición y en la gravedad de las reacciones a estrés agudo, la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales, como se deduce del hecho de que no todas las personas expuestas a un estrés excepcional presentan este trastorno. Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un período inicial, un estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. A este estado puede suceder, unas veces un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo, véase [F44.2](#)) o bien una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y 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 el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio (véase [F44.0](#)).

Pautas para el diagnóstico

Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato.

Además los síntomas:

a) se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de "embotamiento", depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo y

b) tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

Este diagnóstico no debe utilizarse en individuos que tuvieran previamente síntomas que satisfagan pautas para otros trastornos psiquiátricos con la excepción de [F60](#), Trastornos de la personalidad. Sin embargo, antecedentes de trastornos psiquiátricos en el pasado no

invalidan este diagnóstico.

Incluye:

- crisis aguda de nervios
- reacción aguda de crisis
- fatiga del combate
- "shock" psíquico

F43.1 Trastorno de estrés post-traumático

Se trata de un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización o ambos a la vez, del trauma o de la reacción original frente a él. Por lo general hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante. El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad (ver F62.0).

Pautas para el diagnóstico

Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de

recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y un comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

Las secuelas tardías de un estrés devastador, es decir, aquellas que se manifiestan décadas después de la experiencia estresante, deben ser clasificadas de acuerdo con [F62.0](#).

Incluye:

neurosis traumática

F43.2 Trastornos de adaptación

Se trata de estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que por lo general interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad.

El riesgo de aparición y la forma de expresión de las manifestaciones de los trastornos de adaptación están determinados de un modo importante, más que en el caso de otros trastornos de [F43](#), por una predisposición o vulnerabilidad individual. Sin embargo, hay que aceptar que el trastorno no se habría presentado en ausencia del agente estresante. Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del como se lleva a cabo la rutina diaria. El enfermo puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras. Sin embargo, trastornos disociales (por ejemplo un comportamiento agresivo o antisocial) puede ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes. Ninguno de los síntomas es por si solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. En los niños los fenómenos regresivos tales como volver a tener enuresis nocturna, utilizar un lenguaje infantil o chuparse el pulgar suelen formar parte del cortejo sintomático. Si predominan estas características debe recurrirse a [F43.23](#).

El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses, excepto para el [F43.21](#), reacción depresiva prolongada. Si la duración de los síntomas persiste pasado este periodo de tiempo, el diagnóstico debería modificarse de acuerdo con el cuadro clínico presente y cualquier estrés mantenido puede codificarse mediante uno de los códigos Z (ver el capítulo XXI de la CIE-10).

Los contactos con servicios médicos y psiquiátricos a causa de reacciones de duelo normales,

adecuados a la cultura del individuo y que no excedan los seis meses de duración no deben codificarse de acuerdo la codificación de éste tomo V (F), sino con códigos del capítulo XXI de la CIE-10, por ejemplo, como Z63.4 (desaparición o fallecimiento de un miembro de la familia) junto con, por ejemplo Z71.9 (consejo) ó Z73.3 (estrés no clasificado en otra parte). Las reacciones de duelo de cualquier duración que se consideren anormales por sus manifestaciones o contenido deben codificarse como [F43.22](#), [F43.23](#), [F43.24](#) ó [F43.25](#) y aquellas que sean aún intensas y duren más de seis meses como [F43.21](#) (reacción depresiva prolongada).

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico depende de la evaluación cuidadosa de las relaciones entre:

- a) la forma, el contenido y la gravedad de los síntomas
- b) los antecedentes y la personalidad y
- c) el acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.

La presencia de éste último factor debe ser clara y debe ser evidente o al menos existir la presunción de que el trastorno no habría aparecido sin la presencia de ellos. Si el agente estresante es relativamente poco importante o si no puede ser demostrada una relación temporal (menos de tres meses), el trastorno debe ser clasificado en otra parte, de acuerdo con sus manifestaciones clínicas.

Incluye:

- "Shock cultural"
- Reacciones de duelo
- Hospitalismo en niños

Excluye:

- trastornos de ansiedad de separación en la infancia [\(F93.0\)](#).

Si se satisfacen las pautas de trastorno de adaptación, la forma clínica o manifestación predominantes pueden ser especificadas mediante un quinto carácter adicional

F43.20 Reacción depresiva breve:

Estado depresivo moderado y transitorio cuya duración no excede de un mes.

F43.21 Reacción depresiva prolongada:

Estado depresivo moderado que se presenta como 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:

Tanto los síntomas de ansiedad como los depresivos son destacados, pero no mayores que en el grado especificado para el trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) u otro trastorno mixto por ansiedad (F41.3).

F43.23 con predominio de alteraciones de otras emociones:

Los síntomas suelen incluir otros tipos de emoción, como ansiedad, depresión, preocupación, tensiones e ira. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden satisfacer las pautas de trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) o de otros trastornos mixtos de ansiedad (F41.3) pero no son lo suficientemente relevantes como para permitir diagnosticar un trastorno más específico depresivo o de ansiedad. Esta categoría debe utilizarse también para las reacciones en los niños en los que se presenten también una conducta regresiva como enuresis nocturna o succión del pulgar.

F43.24 con predominio de alteraciones disociales:

La alteración principal es la del comportamiento, por ejemplo una reacción de pena o dolor en un adolescente que se traduce en un comportamiento agresivo o disocial.

F43.25 con alteración mixta de emociones y disociales:

Tanto los síntomas emocionales como el trastorno del comportamiento son manifestaciones destacadas.

F43.28 Otro trastorno de adaptación con síntomas predominantes especificados

F43.8 Otras reacciones a estrés graves

F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación

F44 TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION)

El rasgo común que comparten los trastornos de este grupo es la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales. Normalmente hay un considerable grado de control consciente sobre qué recuerdos y qué sensaciones pueden ser seleccionados por la atención inmediata y sobre qué movimientos hay que llevar a cabo. Se acepta que en los trastornos disociativos esta capacidad para ejercer un control consciente y selectivo se ha perdido en un grado que puede variar de día en día o de hora en hora. Por lo general es muy difícil averiguar hasta qué punto parte de los déficits funcionales están bajo un control voluntario.

Estos trastornos habían sido clasificados previamente como diferentes tipos de "histeria de conversión" pero ahora parece lo más conveniente evitar el término "histeria" en la medida

de lo posible, debido a que tiene muchos significados distintos. Se supone que los trastornos disociativos descritos aquí tienen un origen psicógeno y tienen una estrecha relación temporal con acontecimientos traumáticos, problemas insolubles o insoportables, o relaciones interpersonales alteradas. Por lo tanto suele ser posible hacer interpretaciones o presunciones acerca de los métodos a los que recurre el enfermo para manejar el estrés intolerable, pero los conceptos que se derivan de teorías psicológicas, tales como "motivación inconsciente" y "ganancias secundarias" no se incluyen entre las pautas para el diagnóstico.

El término "conversión" se utiliza ampliamente para alguno de estos trastornos, e implica que sentimientos no satisfactorios originados por los problemas y conflictos que el enfermo no puede resolver, se transformen de alguna manera en síntomas.

Suele referirse que el comienzo y la terminación de los estados disociativos es repentino, pero rara vez pueden ser presenciados, excepto durante interacciones artificiales o procedimientos tales como la hipnosis o la abreacción. La transformación o la desaparición de un estado disociativo puede limitarse al tiempo que duren estas intervenciones. Todos los tipos de estados disociativos tienden a remitir al cabo de unas pocas semanas o meses, en especial si su comienzo tuvo relación con un acontecimiento biográfico traumático. Pueden presentarse estados más crónicos (que a veces van surgiendo de un modo más lentamente progresivo), en particular parálisis y anestias, si el comienzo está relacionado con problemas insolubles o dificultades personales. Los estados disociativos que han persistido más de uno o dos años antes de recibir atención psiquiátrica, suelen ser resistentes a los tratamientos.

Los enfermos con trastornos disociativos presentan a veces una negación llamativa de problemas o dificultades personales que son obvios para los demás y cualquier problema reconocido como tal, se atribuye a los síntomas disociativos.

La despersonalización y la desrealización no se incluyen aquí, puesto que en estos síndromes sólo se afectan aspectos limitados de la identidad personal y no suelen acompañarse de déficits funcionales de la sensibilidad, de memoria o de la motilidad.

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico seguro de cualquiera de los trastornos disociativos deben cumplirse las tres condiciones siguientes:

- a) presencia de las características clínicas ya especificadas en los trastornos aislados ([F44.-](#))
- b) ausencia después de las exploraciones clínicas complementarias de un trastorno somático que pudiera explicar los síntomas y
- c) evidencia de una génesis psicógena, en la forma de una clara relación temporal con acontecimientos biográficos estresantes y problemas o relaciones personales alterados (aunque sean negados por el enfermo).

A veces, aún a pesar de sólidas sospechas, es difícil llegar a un convencimiento pleno de la génesis psicológica de los síntomas. En presencia de trastornos conocidos del sistema

nervioso central o periférico, el diagnóstico de trastorno disociativo debe hacerse con mucha precaución. Si faltan datos para reconocer una génesis psicológica, el diagnóstico debe quedar como provisional y se debe perseverar en la investigación de posibles factores psicológicos y somáticos.

Incluye:

histeria
histeria de conversión
reacción de conversión
psicosis histérica

Excluye:

simulación (consciente) (Z76.5)

F44.0 Amnesia disociativa

La característica principal de este trastorno es la pérdida de memoria en general para hechos recientes importantes, no debida a un trastorno mental orgánico y demasiado intensa como para ser explicada por un olvido ordinario o por cansancio. La amnesia se centra habitualmente alrededor de acontecimientos traumáticos, tales como accidentes o duelos inesperados y suele ser parcial y selectiva. La extensión y alcance de la amnesia varía a menudo de día en día y según quien explore al enfermo, pero hay un núcleo común persistente que no puede ser recordado en estado de vigilia. La amnesia completa y generalizada es rara y por lo general forma parte de una fuga ([F44.1](#)) y si es así, debe ser clasificada como tal.

Los estados afectivos que acompañan a una amnesia psicógena son muy variados, pero es rara una depresión grave. Pueden presentarse perplejidad, angustia y diversos grados de un comportamiento de búsqueda de atención, pero a veces es sorprendente una tranquila aceptación del trastorno. Los adultos jóvenes son los más frecuentemente afectados, siendo ejemplos extremos los casos de varones sometidos al estrés del combate. Los estados psicógenos disociativos son raros en las edades avanzadas. Puede presentarse también un vagabundeo limitado sin propósito, pero dado que suele acompañarse de un abandono del aseo personal, rara vez dura más de uno o dos días.

Pautas para el diagnóstico

Un diagnóstico seguro requiere:

- a) la presencia de amnesia, parcial o completa, para hechos recientes de naturaleza traumática o estresante (lo cual a veces sólo pueden ponerse de manifiesto a través de información de terceros) y
- b) la ausencia de un trastorno orgánico cerebral, intoxicación o fatiga excesiva.

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta que en los trastornos mentales orgánicos suelen estar presentes otros signos de alteración del sistema nervioso, además de signos evidentes y consistentes de obnubilación de la conciencia, desorientación y fluctuaciones del nivel de atención. La pérdida de la memoria para hechos muy recientes es más típica de los trastornos orgánicos, con independencia de la presencia de cualquier problema o acontecimiento verosímilmente traumático. Las lagunas mnésicas graves debidas al abuso de alcohol u otras sustancias psicótropas están íntimamente relacionadas con el abuso y los recuerdos perdidos nunca pueden recuperarse. La pérdida de memoria a corto plazo del estado amnésico (síndrome de Korsakov), en la que la evocación inmediata es normal pero tras sólo dos o tres minutos ya es imposible, no se presenta en la amnesia disociativa.

La amnesia que es consecuencia de una conmoción cerebral o de un traumatismo craneal grave, suele ser retrógrada, aunque en casos graves puede ser también anterógrada, mientras que la amnesia psicógena es casi siempre anterógrada. Sólo la amnesia disociativa puede ser modificada mediante hipnosis o abreacción. La amnesia postcrítica de los epilépticos y otros estados de estupor o mutismo ocasionales en los trastornos esquizofrénicos y depresivos, pueden diferenciarse en general por el resto de las manifestaciones de la enfermedad subyacente.

Es difícil con la amnesia conscientemente fingida (simulación) y pueden ser necesarias evaluaciones repetidas y detalladas de la personalidad pre-mórbida y de las motivaciones. La simulación consciente de amnesia está relacionada por lo general con claros problemas financieros, peligro de muerte en período de guerra o posibles sentencias de prisión o muerte.

Excluye:

- síndrome amnésico debido al consumo de alcohol u otras sustancias psicótropas ([F10-F19](#)) con el mismo cuarto carácter
- amnesia sin especificación ([R41.3](#))
- amnesia anterógrada ([R42.1](#))
- síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas ([F04](#))
- amnesia postcrítica en la epilepsia (G40.-)
- amnesia retrógrada ([R42.2](#))

F44.1 Fuga disociativa

Se trata de una fuga que tiene todas las características de una amnesia disociativa, a la que se añade un desplazamiento intencionado lejos del hogar o del lugar de trabajo, durante el cual se mantiene el cuidado de sí mismo. En algunos casos puede asumirse una nueva identidad, por lo general sólo por unos pocos días, pero a veces incluso durante largos períodos de tiempo y con un grado sorprendente de aparente autenticidad. Los desplazamientos suelen ser a lugares previamente conocidos y de cierto significado afectivo para el enfermo. Aunque existe una amnesia para el período de la fuga, el comportamiento del enfermo durante ella puede ser aparentemente normal para el que, sin conocerle, la presencia.

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico seguro, deben estar presentes:

- a) las características de la amnesia disociativa ([F44.0](#))**
- b) un desplazamiento intencionado más allá del ámbito cotidiano (el límite entre vagabundeo y desplazamiento depende del conocimiento de las circunstancias locales) y**
- c) el mantenimiento del cuidado básico de sí mismo (en la comida, aseo, etc.) y de la interacción simple con extraños (como el comprar billetes o gasolina, preguntar por direcciones o encargar una comida).**

Diagnóstico diferencial

La diferenciación con la fuga postcrítica de los epilépticos, que es característica de la epilepsia del lóbulo temporal, es en general clara por los antecedentes de epilepsia, la ausencia de los acontecimientos o problemas estresantes y el hecho de que la actividad y desplazamientos tienen menos intencionalidad y están integrados por actividades más inconexas en los epilépticos.

Como en el caso de amnesia disociativa, la diferenciación entre la simulación consciente y la fuga puede ser muy difícil.

F44.2 Estupor disociativo

En el estupor disociativo el comportamiento del enfermo satisface las pautas de estupor, pero la exploración clínica y la anamnesis ponen de manifiesto la falta de una etiología somática. Además, como en otros trastornos disociativos, hay evidencia positiva de una génesis psicógena en forma de presencia acontecimientos biográficos estresantes recientes o de problemas sociales o interpersonales importantes.

El estupor se diagnostica por la disminución profunda o ausencia de la motilidad voluntaria y la respuesta normal a los estímulos externos tales como la luz, los ruidos y el ser tocado. El enfermo permanece acostado o sentado considerablemente inmóvil durante largos períodos de tiempo. El habla y los movimientos espontáneos y voluntarios están ausentes o casi completamente ausentes. Aunque puede estar presente un cierto grado de perturbación de la conciencia, el tono muscular, la postura, la respiración y a veces la apertura y movimientos coordinados de los ojos son tales que es obvio que el enfermo no está ni dormido ni inconsciente.

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico seguro se requiere:

- a) la presencia de un estupor, descrito más arriba**
- b) la ausencia de un trastorno psiquiátrico o somático que pudiera explicar el estupor y**

c) la presencia de acontecimientos estresantes recientes o de problemas actuales.

Diagnóstico diferencial

Debe hacerse con estupor catatónico y estupor maniaco o depresivo. El estupor catatónico de la esquizofrenia suele precederse por síntomas o alteraciones del comportamiento que sugieren una esquizofrenia. El estupor maniaco y el depresivo suelen aparecer de forma comparativamente más lenta, y por lo tanto son decisivos los datos anamnésicos proporcionados por terceros. Tanto el estupor maniaco como el depresivo son cada vez más raros en muchos países, debido a lo extendido que está el tratamiento precoz de las enfermedades del humor (afectivas).

F44.3 Trastornos de trance y de posesión

Son trastornos en los que hay una pérdida temporal del sentido de la identidad personal y de la plena conciencia del entorno. En algunos casos el enfermo actúa como poseído por otra persona, espíritu, deidad o "fuerza". La atención y la conciencia del entorno pueden limitarse a sólo uno o dos aspectos inmediatos y a menudo se presenta un pequeño pero reiterado conjunto de movimientos, posturas y manifestaciones expresivas. Se incluyen aquí sólo aquellos estados de trance que son involuntarios o no deseados, que interfieren en la actividad cotidiana porque tienen lugar al margen (o son una prolongación de) ceremonias religiosas o culturales aceptadas.

No se incluyen aquí los estados de trance que se presentan en las psicosis esquizofrénicas o agudas con alucinaciones o ideas delirantes, o en la personalidad múltiple. No debe emplearse esta categoría si se piensa que el estado de trance está íntimamente relacionado con cualquier trastorno somático (tal como una epilepsia del lóbulo temporal o un traumatismo craneal) o con una intoxicación por una sustancia psicotrópica.

F44.4-F44.7 Trastornos disociativos de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad

En estos trastornos hay una pérdida o alteración de las funciones motriz o de la sensibilidad (generalmente cutánea), de acuerdo con las cuales el enfermo parece tener una enfermedad somática, pero no puede encontrarse ninguna que explique los síntomas. Estos suelen representar el concepto que el enfermo tiene de un trastorno somático, lo cual puede no coincidir con la psicopatología de los síntomas de enfermedad somática. Por otra parte la evaluación del estado psicológico del enfermo y de su situación social sugiere que la incapacidad funcional consecuencia de los síntomas puede estar ayudando al enfermo a escapar de conflictos desagradables o a expresar de una manera indirecta una necesidad de dependencia o un resentimiento. Aunque los problemas o conflictos puedan ser evidentes a terceros, el enfermo suele negar su existencia y atribuye cualquier molestia a los síntomas o a la incapacidad derivada de ellos.

El grado de incapacidad de estos síntomas puede variar de una circunstancia a otra, dependiendo del número y el tipo de las personas presentes y del estado emocional del enfermo. En otras palabras, puede haber una cierta proporción de búsqueda de atención añadida a un núcleo central e invariable de pérdida de la motilidad o de la sensibilidad que

no está bajo el control voluntario.

En algunos enfermos los síntomas surgen en íntima relación con una situación de estrés psicológico, pero en otros no sucede así. Puede ser sorprendente, pero no es constante, una tranquila aceptación ("belle indifférence") de la grave incapacidad y la cual por otra parte también puede estar presente en individuos bien adaptados que se enfrentan a obvias y graves enfermedades somáticas.

Suele ser posible poner de manifiesto anomalías premórbidas de las relaciones personales y de la personalidad y parientes cercanos o amigos pueden haber padecido enfermedades somáticas con síntomas similares a los del enfermo. A menudo se ven variedades moderadas y transitorias de estos trastornos en adolescentes, en particular del sexo femenino, pero los casos de larga duración suelen presentarse en adultos jóvenes. En unos pocos se desarrolla una forma repetitiva de reacción ante estrés mediante trastornos de este tipo, cuya presentación puede persistir mucho tiempo, ya en las edades medias y avanzadas de la vida. Aquí se incluyen sólo los trastornos en los que hay pérdida sensorial. Los que afectan a otras sensaciones tales como dolor y otras más complejas mediadas por el sistema nervioso vegetativo, se incluyen entre los trastornos somatomorfos [\(F45\)](#).

Pautas para el diagnóstico

En presencia de trastornos del sistema nervioso o cuando se trata de un individuo con una buena adaptación previa y con relaciones familiares y sociales normales, el diagnóstico debe ser hecho con mucha precaución.

Para un diagnóstico seguro:

- a) no debe haber evidencia de un trastorno somático y
- b) debe haber un conocimiento suficiente del entorno psicológico y social y de las relaciones interpersonales del enfermo para permitir una presunción razonable de los motivos de la aparición del trastorno.

El diagnóstico debe ser probable o provisional si hay alguna duda sobre el papel de un posible trastorno somático o si es imposible comprender el porqué se han presentado los síntomas. En los casos confusos o no bien definidos, debe tenerse siempre en cuenta la posibilidad de la aparición posterior de una enfermedad somática o psiquiátrica graves.

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta que los estadios precoces de trastornos neurológicos progresivos, en especial de la esclerosis múltiple y del lupus eritematoso sistémico, pueden ser confundidos con trastornos disociativos de la motilidad y de la sensibilidad. Los enfermos que reaccionan al comienzo de una esclerosis múltiple con angustia y comportamiento de búsqueda de atención plantean problemas especialmente difíciles y pueden ser necesarios períodos comparativamente largos de evaluación y observación, antes de que el diagnóstico sea claro.

Las quejas múltiples y mal definidas de síntomas somáticos deben ser clasificadas como

trastorno somatomorfos ([F45](#)) o neurastenia ([F48.0](#)).

En la mayor parte de los trastornos mentales importantes, tales como la esquizofrenia o la depresión grave, pueden aparecer síntomas disociativos aislados, pero estos trastornos suelen ser evidentes y tienen prioridad para el diagnóstico y la codificación sobre los síntomas disociativos. La simulación consciente de la pérdida de la capacidad de movimiento o de la sensibilidad es a menudo muy difícil de distinguir de la disociación. La decisión quedará supeditada a la observación detallada y a lo que se logre de la comprensión de la personalidad del enfermo, de las circunstancias que rodean la aparición del trastorno y de las consecuencias que tenga el recuperarse frente al continuar incapacitado.

F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad

Las variedades más frecuentes son la pérdida de la capacidad de movimiento de la totalidad o de una parte de un miembro o miembros. La parálisis puede ser completa o parcial, con movimientos debilitados o lentos. Pueden presentarse distintos tipos y grados de falta de coordinación de movimientos (ataxia), en particular de las piernas, dando lugar a extraños modos de andar o a la incapacidad de permanecer en pie sin ayuda (astasia-abasia). Puede haber un parecido muy cercano a casi cualquier variedad de ataxia, apraxia, acinesia, afonía, disartria, discinesia, ataque o parálisis. Pueden aparecer también temblores o sacudidas exageradas de una o más extremidades o de todo el cuerpo.

Incluye:

afonía psicógena
disfonía psicógena

F44.5 Convulsiones disociativas

Los movimientos de las convulsiones disociativas pueden imitar a los ataques epilépticos, pero en las convulsiones disociativas la mordedura de la lengua, las contusiones debidas a las caídas y la incontinencia de orina son raras y no hay pérdida de la conciencia, sólo si acaso un estado de estupor o trance.

F44.6 Anestesia y pérdidas sensoriales disociativas

Las áreas de anestesia de la piel suelen tener unos límites que hacen evidente que están más bien relacionadas con las ideas del enfermo sobre las funciones corporales que con los principios de la psicopatología de los síntomas somáticos. Puede haber también una discrepancia entre las pérdidas de modalidades sensoriales distintas que no puede explicarse por lesiones neurológicas. La pérdida sensorial puede acompañarse de parestesias.

En los trastornos disociativos la pérdida de la visión es rara vez total y las perturbaciones visuales más frecuentes son una pérdida de agudeza o una visión borrosa en general o una "visión en túnel". A pesar de las quejas de pérdida visual, la movilidad general del enfermo y las funciones motrices aisladas suelen estar sorprendentemente bien conservadas.

La sordera disociativa y la anosmia son bastante menos frecuentes que la pérdida de sensibilidad cutánea o de la visión.

Incluye:

sordera psicógena

F44.7 Trastorno disociativo (de conversión) mixto

La mezcla de trastornos especificados anteriormente ([F44.0-F44.6](#)) debe codificarse aquí.

F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión)

F44.80 Síndrome de Ganser

Hay que codificar aquí el trastorno complejo, descrito por Ganser y caracterizado por pararrspuestas, por lo general acompañadas de varios otros síntomas disociativos, y que suelen presentarse en circunstancias que sugieren una etiología psicógena.

F44.81 Trastorno de personalidad múltiple

Este trastorno es raro, y no hay acuerdo sobre hasta qué punto es iatrogénico o propio de una cultura específica. El hecho esencial es la existencia aparente de dos o más personalidades distintas en el mismo individuo, y el que cada vez se manifiesta sólo una de ellas. Cada personalidad es completa, con sus propios recuerdos, comportamiento y preferencias, que pueden ser muy diferentes a los de la personalidad premórbida única.

En la forma común de dos personalidades, una personalidad domina pero nunca una tiene acceso a los recuerdos de la otra y casi siempre cada una ignora la existencia de la otra. Los cambios de una personalidad a la otra en la primera ocasión son súbitos, y están estrechamente relacionados con acontecimientos traumáticos. Los cambios siguientes se limitan a menudo a acontecimientos dramáticos o estresantes o se presentan durante las sesiones con un terapeuta que utiliza relajación, hipnosis o abreacción.

F44.82 Trastornos disociativos (de conversión) transitorios de la infancia o adolescencia

F44.88 Otros trastornos disociativos (de conversión) especificados

Incluye:

confusión psicógena

estado crepuscular psicógeno

F44.9 Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación

F45 TRASTORNOS SOMATOMORFOS

El rasgo principal de estos trastornos es la presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de exploraciones clínicas y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática. Aún en los casos en los que realmente estuvieran presentes trastornos somáticos, éstos no explican la naturaleza e intensidad de

los síntomas, ni el malestar y la preocupación que manifiesta el enfermo. Incluso cuando el comienzo y la evolución de los síntomas guarda una estrecha relación con acontecimientos biográficos desagradables, o con dificultades o conflictos, el enfermo suele resistirse a los intentos de someter a discusión la posibilidad de que las molestias tengan un origen psicológico, lo que puede incluso suceder aun estando presentes síntomas depresivos y ansiosos evidentes. El grado de comprensión sobre los síntomas, ya sean somáticos o psicológicos, es con frecuencia insuficiente y frustrante, tanto para el enfermo como para el médico.

En estos trastornos aparecen con frecuencia un comportamiento de demanda de atención (histriónico), en particular en enfermos resentidos por su fracaso a la hora de convencer a los médicos de que su enfermedad es de naturaleza fundamentalmente somática y de la necesidad de realizar exámenes o exploraciones adicionales.

Excluye:

trastornos disociativos ([F44.-](#))

tricotilomanía ([F63.3](#))

lambdacismo ([F80.0](#))

ceceo ([F80.8](#))

onicofagia([F98.8](#))

factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar([F54](#))

disfunciones sexuales no orgánicas ([F52](#))

movimientos estereotipados ([F98.4](#))

succión del pulgar ([F98.8](#))

síndrome de Gilles de la Tourette ([F95.2](#))

trastornos de tics en la infancia y adolescencia ([F95](#))

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial con las ideas delirantes hipocondriacas requiere, por lo general, conocer muy bien al enfermo. Incluso en los casos en los que existe una convicción duradera y sostenida, en apariencia contra toda lógica, a corto plazo puede ésta, de alguna manera, ser sensible a razonamientos, a garantías reiteradas y al hecho de llevar a cabo nuevas exploraciones o exámenes adicionales. Por otra parte la presencia de sensaciones somáticas desagradables o amenazantes pueden ser consideradas como una explicación aceptable en culturas determinadas para justificar la aparición y persistencia de la convicción de padecer una enfermedad somática.

F45.0 Trastorno de somatización

El rasgo más destacado de este trastorno es la existencia de síntomas somáticos múltiples, recurrentes y, con frecuencia, variables, que por lo general han estado presentes durante varios años antes de que el enfermo haya sido remitido al psiquiatra. La mayoría de los enfermos han seguido un largo y prolongado camino a través de servicios de medicina primaria y especializados en los que se han llevado a cabo múltiples exploraciones con resultados negativos o intervenciones infructuosas.

Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistema corporales, pero los más frecuentes son molestias gastrointestinales (dolor, meteorismo, regurgitación, vómitos, náuseas, etc.) y dérmicas (prurito, quemazón, hormigueo, entumecimiento, comezón, dolorimiento, enrojecimiento, etc.). Las quejas sexuales y menstruales son también frecuentes.

En muchas ocasiones están presentes síntomas depresivos o ansiosos, tan importantes que pueden justificar un tratamiento específico.

El curso del trastorno es crónico y fluctuante y suele acompañarse de interferencias duraderas de la actividad social, interpersonal y familiar. Se sabe que en algunos países el trastorno es mucho más frecuente en mujeres que en varones, y por lo general comienza al principio de la edad adulta.

Como consecuencia de los frecuentes tratamientos medicamentosos, suele presentarse dependencia o abuso de fármacos (habitualmente sedantes y analgésicos).

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico preciso es necesaria la presencia de todos los requisitos siguientes:

- a) síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática que han persistido al menos durante dos años
- b) la negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para los síntomas y
- c) cierto grado de deterioro del comportamiento social y familiar, atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento consecuente.

Incluye:

trastorno psicósomático múltiple
trastorno de quejas múltiples

Diagnóstico diferencial

Debe hacerse con:

- a) Trastornos somáticos: Los casos duraderos de trastorno de somatización tienen las mismas probabilidades de desarrollar trastornos somáticos independientes que cualquier otra persona de su edad, por lo que estos deben tenerse en cuenta en consultas o exploraciones posteriores al diagnóstico, si se produce un cambio en el énfasis o en la estabilidad de las quejas somáticas que sea sugestivo de una posible enfermedad somática.
- b) Trastornos del humor (depresivos) y ansiosos: La depresión y la ansiedad, en grados muy diversos, acompañan por lo general a los trastornos de somatización, pero no precisan ser especificados por separado, a menos que sean lo suficientemente intensos y persistentes como para justificar un diagnóstico por sí mismos. La aparición de múltiples síntomas somáticos después de los 40 años puede corresponder a una manifestación precoz de un trastorno depresivo primario.

c) **Trastorno hipocondriaco:** En los trastornos de somatización se pone un mayor énfasis sobre los síntomas en sí mismos y sus efectos aislados, mientras que en el trastorno hipocondriaco se presta mayor atención a la presencia de una enfermedad subyacente progresiva y grave y a sus consecuencias incapacitantes. En el trastorno hipocondriaco el enfermo tiende a pedir exploraciones para determinar o confirmar la naturaleza de la enfermedad subyacente, mientras que los enfermos con trastorno por somatización solicitan tratamientos para hacer desaparecer los síntomas. En el trastorno de somatización suele presentarse un consumo excesivo de fármacos y un no cumplimiento duradero de las prescripciones médicas, mientras que en el trastorno hipocondriaco hay temor a los fármacos y a sus efectos secundarios y una búsqueda de garantías en frecuentes visitas a médicos distintos.

d) **Ideas delirantes** (tales como en la esquizofrenia con ideas delirantes somáticas y los trastornos depresivos con ideas delirantes hipocondriacas): la cualidad bizarra de las creencias junto con el menor número y la mayor estabilidad de los síntomas somáticos son más típicos de las ideas delirantes.

En caso de que los síntomas tengan una evolución más corta (por ejemplo menos de dos años) o sean menos llamativos, cabe incluirlos en la categoría de trastorno somatomorfo indiferenciado ([F45.1](#)).

F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado

Esta categoría debe ser tenida en cuenta cuando las quejas somáticas sean múltiples, variables y persistentes, pero todavía no esté presente el cuadro clínico completo y característico del trastorno de somatización. Por ejemplo pueden faltar la forma insistente y dramática de quejarse, los síntomas pueden ser relativamente escasos o faltar el comportamiento individuales o familiar característicos. Puede o no haber motivos para sospechar la existencia de un motivo psicológico, pero no debe existir una base somática que justifique los síntomas en los que se basa el diagnóstico psiquiátrico.

Si existe la posibilidad clara de un trastorno somático subyacente, o si la evaluación psiquiátrica no es completa en el momento de llevar a cabo la codificación del diagnóstico, debe recurrirse a otras las categorías diagnósticas.

Incluye:

trastorno psicósomático indiferenciado

Diagnóstico diferencial

Deben tenerse en cuenta las mismas pautas que para el síndrome completo de trastorno de somatización ([F45.0](#)).

F45.2 Trastorno hipocondriaco

La característica esencial de este trastorno es la preocupación persistente de la posibilidad de tener una, o más enfermedades somáticas graves progresivas, puesta de manifiesto por

la presencia de quejas somáticas persistentes o por preocupaciones persistentes sobre el aspecto físico. Con frecuencia el enfermo valora sensaciones y fenómenos normales o frecuentes como excepcionales y molestos, centrando su atención, casi siempre sólo sobre uno o dos órganos o sistemas del cuerpo. El enfermo puede referirse por su nombre al trastorno somático o a la deformidad, pero aun cuando sea así, el grado de convicción sobre su presencia y el énfasis que se pone sobre un trastorno u otro suele variar de una consulta a otra. Por lo general, el enfermo puede tener en cuenta la posibilidad de que puedan existir otros trastornos somáticos adicionales además de aquél que él mismo destaca.

Suelen estar presentes ansiedad y depresión intensas, lo que puede justificar diagnósticos adicionales. Estos trastornos rara vez comienzan después de los 50 años de edad y tanto el curso de los síntomas como el de la incapacidad consecuente son por lo general crónicos aunque con oscilaciones en su intensidad. No deben estar presentes ideas delirantes persistentes sobre la función o la forma del cuerpo. Deben clasificarse aquí los miedos a la aparición de una o más enfermedades (nosofobia).

Este síndrome se presenta tanto en varones como en mujeres y no se acompaña de características familiares especiales (en contraste con el trastorno de somatización).

Muchos enfermos, en especial los que padecen las variedades más leves de la enfermedad, permanecen en el ámbito de la asistencia primaria o son atendidos por especialistas no psiquiatras. Frecuentemente se toma a mal el ser referido al psiquiatra, a menos que se lleve a cabo al comienzo del trastorno y con una colaboración cuidadosa entre el médico y el psiquiatra. El grado de incapacidad que deriva del trastorno es variable, y así mientras que unos enfermos dominan o manipulan a su familia y a su entorno social a través de sus síntomas, una minoría mantiene un comportamiento social virtualmente normal.

Pautas para el diagnóstico

Para poder hacer un diagnóstico preciso, es necesario la presencia de:

- a) creencia persistente de la presencia de al menos una enfermedad somática grave, que subyacen al síntoma o síntomas presentes, aun cuando cuando exploraciones y exámenes repetidos no hayan conseguido encontrar una explicación somática adecuada para los mismos o una preocupación persistente sobre una deformidad supuesto y
- b) negativa insistente a aceptar las explicaciones y las garantías reiteradas de médicos diferentes de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad somática.

Incluye:

- hipocondría
- neurosis hipocondriaca
- nosofobia
- dismorfofobia (no delirante)
- trastorno corporal dismórfico

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta los siguientes trastornos:

a) trastorno de somatización. En el trastorno hipocondriaco el énfasis se pone en la presencia misma de la enfermedad y en sus consecuencias futuras, más que sobre los síntomas aislados. El hipocondriaco tiende también a la preocupación por uno o dos posibles trastornos somáticos que se mencionan insistentemente, más que a considerar muchas y diversas posibilidades, como en el trastorno de somatización. En el trastorno hipocondriaco no hay diferencias marcadas en la incidencia en ambos sexos, ni existen connotaciones familiares especiales

b) trastornos depresivos. Si los síntomas depresivos son particularmente intensos y preceden al desarrollo de las ideas hipocondriacas, puede tratarse de un trastorno depresivo primario

c) trastornos de ideas delirantes. Las creencias no tienen en el trastorno hipocondriaco la misma firmeza que en los trastornos esquizofrénicos y depresivos que se acompañan de ideas delirantes referidas al cuerpo. Los trastornos en los que los enfermos están convencidos de que tienen una apariencia desagradable o un aspecto físico no agraciado (dismorfofobia) deben ser clasificados en la sección F22, trastornos de ideas delirantes persistentes y

d) trastornos de pánico y trastornos de ansiedad. Los síntomas somáticos de la ansiedad se interpretan a veces como signos de una enfermedad somática grave, pero en estos trastornos los enfermos suelen tranquilizarse, con las explicaciones fisiopatológicas y no se presenta la convicción de la presencia de una enfermedad somática.

F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa

En este trastorno el enfermo presenta síntomas análogos a los de un trastorno somático de un sistema u órgano que se encuentra totalmente o en su mayor parte bajo control e inervación del sistema nervioso vegetativo, por ejemplo, los sistemas cardiovascular, gastrointestinal o respiratorio (se incluyen aquí también algunos aspectos del sistema genitourinario). Los ejemplos más frecuentes y destacados afectan al sistema cardiovascular ("neurosis cardíaca"), al sistema respiratorio (hiperventilación e hipo psicógenos) y al sistema gastrointestinal ("neurosis gástrica" y "diarrea nerviosa"). Por lo general los síntomas son de dos tipos, ninguno de los cuales sugiere la presencia de un trastorno somático de los órganos o sistemas afectados. El primer tipo, en el que se basa de principalmente este diagnóstico, lo forman síntomas que se acompañan de signos objetivos de hiperactividad vegetativa, tales como palpitaciones, sudoración, rubor y temblor. Los del segundo tipo son más individuales, subjetivos y no específicos, tales como sensaciones fugaces de dolor y malestar, quemazón, pesadez, opresión y sensaciones de estar hinchado o distendido, que son referidos por el enfermo a órganos o sistemas específicos (como también pueden serlo los síntomas vegetativos). El cuadro clínico característico viene dado por la combinación de una afectación vegetativa clara, quejas subjetivas no específicas y referencia persistente a un determinado órgano o sistema como la causa del trastorno.

En muchos enfermos que padecen este trastorno pueden también estar presentes factores estresantes psicológicos o dificultades o problemas inmediatos y en los que puede parecer que hay una relación con el trastorno, pero existe un número notable de enfermos en los que esto no es así, y que por lo demás satisfacen las pautas exigidos para esta categoría.

En algunos de estos trastornos pueden presentarse algunas alteraciones poco importantes de funciones fisiológicas, como hipo, flatulencia e hiperventilación, pero que no llegan a afectar por sí mismas al funcionamiento fisiológico esencial de cada órgano o sistema.

Pautas para el diagnóstico

Para hacer un diagnóstico preciso deben estar presentes todos los requisitos siguientes:

- a) **síntomas persistentes y molestos debidos a una hiperactividad del sistema nervioso vegetativo, tales como palpitaciones, sudoración, temblor, rubor, etc.**
- b) **síntomas subjetivos referidos a un sistema u órgano específico**
- c) **preocupación y malestar acerca de la posibilidad de padecer una afectación grave (pero frecuentemente no específica) de un determinado órgano o, sistema que no logran alejar las repetidas explicaciones y garantías dadas por los médicos y**
- d) **la ausencia de una alteración significativa de la estructura o función de los órganos o sistemas afectados.**

Diagnóstico diferencial

Debe hacerse con el trastorno de ansiedad generalizado se hace por el predominio de los componentes psicológicos de la hiperactividad vegetativa, tales como el miedo o los presentimientos ansiosos en el trastorno de ansiedad generalizada, y la falta de una referencia consistente para los otros síntomas. Aunque pueden aparecer síntomas vegetativos, en los trastornos de somatización no son llamativos ni persistentes en comparación con las otras sensaciones y sentimientos, y los síntomas no son atribuidos con tanta insistencia a un órgano o sistema determinado.

Se usará un quinto carácter para clasificar los trastornos específicos en este grupo, indicando el órgano o sistema señalado por el enfermo como el origen de los síntomas:

F45.30 del corazón y el sistema cardiovascular

Incluye:

- neurosis cardíaca
- astenia neurocirculatoria
- síndrome de Da Costa

F45.31 del tracto gastrointestinal alto

Incluye:

- neurosis gástrica
- aerofagia psicógena
- hipo psicógeno

dispepsia psicógena
píloroespasma psicógeno

F45.32 del tracto gastrointestinal bajo

Incluye:

flatulencia psicógena
meteorismo psicógenos
colon irritable psicógeno
diarreas psicógenas

F45.33 del sistema respiratorio

Incluye:

hiperventilación psicógena
tos psicógena

F45.34 del sistema urogenital

Incluye:

disuria psicógena
polalquiuria psicógena
vejiga nerviosa

F45.38 Otra disfunción vegetativa somatomorfa

Excluye:

factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar (F54)

F45.4 Trastorno de dolor somatomorfo persistente

La queja predominante es la persistencia de un dolor intenso y penoso que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático. El dolor se presenta con frecuencia en circunstancias que sugieren que el dolor está relacionado con conflictos o problemas, o que da lugar a un aumento significativo del apoyo y la atención que recibe el enfermo, por parte del médico, de otras personas, pero no siempre es así.

No deben incluirse aquí los dolores presumiblemente psicógenos que aparecen en el curso de trastornos depresivos o de esquizofrenia. No deben clasificarse aquí los dolores debidos a mecanismos psicofisiológicos conocidos o inferidos (como el dolor de tensión muscular o la migraña), en los que aún se presume un origen psicógeno, que deben codificarse de acuerdo con F54 (factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar) y un código adicional de otro capítulo de la CIE-10, por ejemplo,

migraña (G43).

Incluye:

**psicalgia
lumbalgia psicógena
cefalea psicógena
dolor somatomorfo psicógeno**

Excluye:

**dolor sin especificación (R52)
cefalea de tensión (G44.2)
lumbalgia sin especificación (M54.9)**

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta que el problema más frecuente es diferenciar este trastorno de la elaboración histriónica de un dolor de causa orgánica. Los enfermos que padecen dolores orgánicos en los que no se ha llegado a un diagnóstico somático concreto pueden volverse temerosos o resentidos y lo que puede dar lugar a demanda de atención. En los trastornos de somatización aparecen toda una serie de molestias y dolores, que no son tan persistentes ni prevalecen tanto sobre las otras quejas.

F45.8 Otros trastornos somatomorfos

En estos trastornos los síntomas no están mediados por el sistema nervioso vegetativo y se limitan a sistemas o a partes del cuerpo específicos, lo que contrasta con la presencia de quejas frecuentes y cambiantes sobre el origen de los síntomas y del malestar del trastorno de somatización (F45.0) y del trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1). No existe lesión tisular.

Se deben clasificar aquí otros trastornos de la sensibilidad no debidos a trastornos somáticos, que están estrechamente relacionados en el tiempo con problemas o acontecimientos estresantes o que dan lugar a un aumento significativo de la atención que recibe el enfermo del médico o de otras personas. Son ejemplos frecuentes la sensación de hinchazón o de cosas raras sobre la piel y las parestesias (hormigueo o entumecimiento). Se incluyen aquí también trastornos tales como:

- a) "globo histérico" (una sensación de tener un nudo en la garganta que causa disfagia) y otras formas de disfagia**
- b) tortícolis psicógeno y otros trastornos y movimientos espasmódicos psicógenos (excluyendo el síndrome de Gilles de laTourette)**
- c) prurito psicógeno (pero excluyendo lesiones específicas de la piel tales como alopecia, dermatitis, eczema o urticaria, que tengan un origen psicógeno (F54)**
- d) dismenorrea psicógena (excluyendo dispareunia (F52.6) y frigidez (F52.0) y**

e) rechinar de dientes.

F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación

Incluye:

trastorno psicofisiológico sin especificación
trastorno psicosomático sin especificación

F48 OTROS TRASTORNOS NEUROTICOS

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 característico es la queja de aumento del cansancio tras realizar algún esfuerzo mental que suele acompañarse de una disminución del rendimiento laboral o de la eficiencia para resolver las tareas cotidianas. La fatigabilidad mental suele describirse como la presencia desagradable de asociaciones o recuerdos que distraen al individuo, de dificultades para concentrarse y en general de falta de rendimiento del pensamiento. En el otro tipo el acento recae sobre una sensación de debilidad y agotamiento corporal y físico tras esfuerzos mínimos, acompañado de dolores y molestias musculares y de incapacidad para relajarse. En ambos tipos son frecuentes una serie de sensaciones somáticas desagradables tales como vértigo, cefaleas de tensión o sensación de inestabilidad general. También suele aparecer preocupación sobre la falta de bienestar mental y físico, irritabilidad, anhedonia y en grado menor y variable estados de ánimo ansioso y depresivo.

Con frecuencia aparecen alteraciones en las fases iniciales y medias del sueño, aunque también puede destacar la somnolencia.

Pautas para el diagnóstico

Un diagnóstico definitivo requiere la presencia de:

a) quejas continuas de un molesto cansancio progresivo tras un esfuerzo mental o quejas continuas de una molesta debilidad física y agotamiento tras esfuerzos mínimos

b) dos o más de las siguientes

- a) sensación de dolor y molestias musculares,
 - b) mareos,
 - c) cefaleas de tensión,
 - d) trastornos del sueño,
 - e) incapacidad para relajarse,
 - f) irritabilidad o
 - g) dispepsia y
- c) además, si estuvieran presentes de síntomas vegetativos o depresivos, no son lo suficientemente persistentes o graves como para satisfacer las

pautas de uno de los trastornos específicos de esta clasificación.

Incluye:

síndrome de fatiga (crónica)

Excluye:

malestar general, fatiga y debilidad nerviosa (R53)

agotamiento (Z73.0)

síndrome de astenia postviral (G93.3)

psicastenia (F48.8)

astenia sin especificación (R53)

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta que en muchos países la neurastenia no es una categoría diagnóstica generalmente aceptada y muchos de los casos diagnosticados de neurastenia en el pasado satisfarían las pautas actuales de trastorno depresivo o ansioso. Sin embargo pueden presentarse casos que encajen en la descripción de neurastenia mejor que en la de cualquier otro síndrome neurótico y estos casos parecen ser más frecuentes en unas culturas que en otras. Para utilizar con propiedad la categoría diagnóstica de neurastenia primero debería intentarse descartar un trastorno depresivo o un trastorno de ansiedad. Lo característico del síndrome es el énfasis que pone el enfermo sobre la fatigabilidad y debilidad y su preocupación por la disminución del rendimiento mental y físico, en contraste con los trastornos somatomorfos, en los que las quejas corporales y la preocupación por la enfermedad somática dominan el cuadro. Si aparece un síndrome neurasténico en la convalecencia de una enfermedad somática (especialmente si se trata de gripe, hepatitis vírica o mononucleosis infecciosa) debe también hacerse constar este último diagnóstico.

F48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización

Se trata de un trastorno en el que el individuo se queja espontáneamente de la vivencia de que su propia actividad mental, su cuerpo, su entorno o todos ellos, están cualitativamente transformados, de manera que se han vuelto irreales, lejanos o mecánicos (faltos de espontaneidad). El enfermo puede sentir que ya no es él el que rige su propia actividad de pensar, imaginar o recordar, de que sus movimientos y comportamiento le son de alguna manera ajenos, que su cuerpo le parece desvitalizado, desvinculado de sí mismo o extraño, que su entorno le parece falto de colorido y de vida, como si fuera artificial o como si fuera un escenario sobre el que las personas actúan con papeles predeterminados. En algunos casos, el enfermo puede sentir que se está observando a sí mismo desde cierta distancia o como si estuviera muerto. La queja de pérdida de los sentimientos es la más frecuente entre estos diversos fenómenos. El número de enfermos que sufre este trastorno de forma pura o aislado es pequeño. Por lo general los fenómenos de desrealización-despersonalización aparecen en el contexto de enfermedades depresivas, trastornos fóbicos y obsesivo-compulsivos. Pueden darse también elementos de este síndrome en individuos mentalmente sanos, en estados de fatiga, privación sensorial, intoxicación alucinógena, o como un fenómeno hipnagógico o hipnopómpico. Las manifestaciones del síndrome de despersonalización-desrealización son similares a las llamadas "experiencias límites ante la

muerte'', que acompañan a situaciones de peligro extremo para la vida.

Pautas para el diagnóstico

Para hacer un diagnóstico preciso deben estar presentes al menos una de las características una y dos además de la tres y la cuatro:

a) síntomas de despersonalización tales como que el enfermo siente que sus propias sensaciones o vivencias se han desvinculado de sí mismo, son distantes o ajenas, se han perdido, etc.

b) síntomas de desrealización tales como que los objetos, las personas o el entorno parecen irreales, distantes, artificiales, desvaídos, desvitalizados, etc.

c) el reconocimiento de que se trata de un cambio espontáneo y subjetivo y no ha sido impuesto por fuerzas externas o por otras personas (persiste una adecuada conciencia de enfermedad) y

d) claridad del sensorio y evidencia de que no se trata de un estado tóxico confusional o de una epilepsia.

Incluye:

síndrome de despersonalización-desrealización

Diagnóstico diferencial

Este trastorno debe diferenciarse de otros en los que se presenta o en los que se vivencia un "cambio de personalidad", tales como la esquizofrenia (ideas delirantes de transformación o imposición y de vivencias de ser controlado), trastornos disociativos (donde no existe conciencia de que se ha producido un cambio) y algunos casos de demencia incipiente. El aura preictal de la epilepsia del lóbulo temporal y algunos estados post-ictales pueden presentar síndromes de despersonalización y desrealización como fenómenos secundarios. Si el síndrome de despersonalización-desrealización aparece como parte de un trastorno depresivo, fóbico, obsesivo-compulsivo o esquizofrénico que satisfacen las pautas diagnósticas respectivas, este último diagnóstico tiene preferencia como diagnóstico principal.

F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados

En esta categoría se incluyen trastornos mixtos del comportamiento, creencias y emociones que son de etiología y nosología no clara, que se presentan en ciertas culturas con especial frecuencia, tales como el síndrome de Dhat (preocupaciones no fundamentadas sobre los efectos debilitantes de la pérdida del semen), el síndrome de Koro (miedo a que el pene se invagine dentro del abdomen y cause la muerte) y Latah (respuestas comportamentales miméticas y automáticas). La relación intensa de estos síndromes con creencias aceptadas en culturas concretas de determinados lugares y el propio comportamiento sugieren que no deban ser considerados como delirantes.

Incluye:

**trastorno de Bricquet
síndrome de Dhat
neurosis ocupacional
calambre del escribiente
psicastenia
neurosis piscasténica
síncope psicógeno**

F48.9 Trastorno neurótico sin especificación

Incluye:

neurosis sin especificación

F50-59 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 en otras alteraciones psicológicas

F50.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

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 Hipersomnio no orgánico

F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia

F51.3 Sonambulismo

F51.4 Terrores nocturnos

F51.5 Pesadillas

F51.8 Otros trastornos no orgánico del sueño

F51.9 Trastorno no orgánico del sueño de origen sin especificación

F52 Disfunción sexual no orgánica

F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual

F52.1 Rechazo sexual y ausencia de placer sexual

F52.10 Rechazo sexual

F52.11 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 orgánico

F52.9 Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico

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

F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar leves

F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar graves

[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 clasificados 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 producen dependencia](#)

[F55.9 sustancia sin especificar](#)

[F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación.](#)

F50 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En este epígrafe se agrupan dos síndromes importantes y claramente delimitados: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, además de otros trastornos bulímicos menos específicos y de la obesidad relacionada con alteraciones psicológicas. Así mismo, incluye una breve descripción de los vómitos que acompañan a trastornos psicológicos.

Excluye: trastorno de la conducta alimentaria en la infancia ([F98.2](#)) dificultades y malos cuidados alimentarios ([R63.3](#)) anorexia o disminución del apetito sin especificar ([R63.0](#)) pica de la infancia ([F98.3](#))

F50.0 Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia. La anorexia nerviosa constituye un síndrome independiente, en el siguiente sentido:

- a) los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos y
- b) los estudios de seguimiento han demostrado que, de entre los enfermos que no se recuperan, una proporción considerable continúa mostrando de manera crónica las características principales de la

anorexia nerviosa.

A pesar de que las causas fundamentales de la anorexia nerviosa siguen sin conocerse, hay una evidencia cada vez mayor de que existen una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a su presentación, en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad. El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, de la que son consecuencia alteraciones endocrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos de funcionales. Aún hay dudas sobre si el trastorno endocrino característico se debe únicamente a la desnutrición y al efecto directo del comportamiento que la ha provocado (por ejemplo restricciones en la dieta, ejercicio físico excesivo con alteraciones del equilibrio metabólico, provocación de vómitos y utilización de laxantes, con los consiguientes desequilibrios electrolíticos) o si intervienen otros factores aún desconocidos.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico de la anorexia nerviosa debe realizarse de una forma estricta, de modo que deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

- a) pérdida significativa de peso (Índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento;
- b) la pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de:
 - 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes:
 - 2) vómitos autoprovocados
 - 3) purgas intestinales autoprovocadas
 - 4) ejercicio excesivo y
 - 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos
- c) distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí misma el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal
- d) trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotalámico-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexuales (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina y
- e) si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las

manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

Excluye: anorexia, falta de apetito ([R63.0](#)) anorexia psicógena ([F50.8](#))

Diagnóstico diferencial

No suele plantear dificultades. Pueden presentarse además síntomas depresivos u obsesivos, así como rasgos de la personalidad anormales, lo que trae consigo el problema de diferenciar o utilizar más de una categoría diagnóstica. Deben distinguirse de esta enfermedad las causas somáticas de pérdida de peso en enfermos jóvenes, incluyendo enfermedades emanciantes crónicas, tumores cerebrales y trastornos intestinales como la enfermedad de Crohn o el síndrome de malabsorción.

F50.1 Anorexia nerviosa atípica

Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o mas una de las características principales de la anorexia nerviosa ([F50.0](#)), como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico. Este tipo de enfermos es mas frecuente en psiquiatría de interconsulta y enlace y en atención primaria. También pueden incluirse aquí enfermos que tengan todos los síntomas importantes de la anorexia nerviosa, pero en grado leve. Este término no debe de utilizarse para trastornos de la conducta alimentaria que se parecen a la anorexia nerviosa pero que son debidos a una etiología somática conocida.

F50.2 Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. Este término debería restringirse a las formas del trastorno que estén relacionadas con la anorexia nerviosa por el hecho de compartir la misma psicopatología. La distribución por edades y sexo es similar a la de la anorexia nerviosa aunque la edad de presentación tiende a ser ligeramente mas tardía. El trastorno puede ser considerado como una secuela de la anorexia nerviosa persistente (aunque también puede darse la secuencia contraria). A primera vista, un enfermo previamente anoréxico puede parecer que está mejorando a medida que gana peso e incluso recupera la menstruación si es mujer, pero entonces surge una forma maligna de comportamiento caracterizado por sobrealimentación y vómitos. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico, a complicaciones somáticas (tetania, crisis comiciales, arritmias cardíacas o debilidad muscular) y a una mayor pérdida de peso.

Pautas para el diagnóstico

Para que pueda hacerse el diagnóstico de bulimia nerviosa, deben estar presentes todas las

alteraciones que se refieren a continuación de modo que constituyen pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, tal y como se indica:

- a) preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo;
- b) el enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina;
- c) la psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Incluye: bulimia sin especificar hiperorexia nerviosa

Diagnóstico diferencial

La bulimia nerviosa debe ser diferenciada de:

- a) trastornos del tracto digestivo superior que pueden producir vómitos repetidos (no existe la psicopatología característica);
- b) alteración más profunda de la personalidad ya que el trastorno de la conducta alimentaria puede coexistir con dependencia al alcohol y conducta antisocial (por ejemplo robar en comercios) y
- c) trastornos depresivos (ya que los enfermos bulímicos padecen con frecuencia síntomas depresivos).

F50.3 Bulimia nerviosa atípica

Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más una de las características principales de la bulimia nerviosa ([F50.2](#)), pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante típico. Los enfermos tienen con frecuencia un peso normal o incluso superior a lo normal, pero presentan episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas. No son raros síndromes parciales acompañados de síntomas depresivos (si éstos síntomas satisfacen las pautas de un trastorno depresivo debe hacerse un doble diagnóstico).

Incluye: bulimia con peso normal

F50.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Se debe codificar de acuerdo con en este apartado la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una "obesidad reactiva", en especial en enfermos predispuestos a la ganancia de peso.

La obesidad como causa de alteraciones psicológicas no debe ser codificada aquí. La obesidad puede hacer que el enfermo se sienta muy sensibilizado acerca de su aspecto y desencadenar una falta de confianza en las relaciones interpersonales. Puede exagerarse la valoración subjetiva de las dimensiones corporales. Para codificar la obesidad como causa misma de alteración psicológica se deben usar categorías tales como [F38](#), otros trastornos del humor (afectivos), [F41.2](#), trastorno mixto ansioso-depresivo o [F48.9](#), trastorno neurótico sin especificación, más un código de E66 para indicar el tipo de obesidad.

La obesidad considerada como efecto indeseable del tratamiento a largo plazo con neurolépticos, antidepresivos u otro tipo de medicación psicotrópica no debe codificarse aquí, sino bajo el epígrafe E66, obesidad inducida por fármacos, añadiendo un código adicional del capítulo XX de al CIE-10 (causas externas), para identificar el fármaco.

La obesidad puede provocar a veces el seguir una dieta que puede dar lugar a síntomas afectivos menores (ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad) o, más raramente, a síntomas depresivos graves ("depresión de la dieta"). Para codificar estos cuadros se debe utilizar el código adecuado de las secciones [F30-39](#) o [F40-49](#) para enmarcar los síntomas descritos, añadiendo [F50.8](#), otros trastornos de la conducta alimentaria, para indicar el hecho de seguir una dieta y un código de la sección E66 para señalar el tipo de obesidad.
Incluye: hiperfagia psicógena

Excluye: polifagia sin especificación (R62.2) obesidad (E66.-)

F50.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

Además de la bulimia nerviosa en las que el vómito es autoprovocado, pueden presentarse vómitos repetidos en los trastornos disociativos (de conversión) ([F44](#)), en la hipocondría ([F45.2](#)), en la que los vómitos pueden ser uno de los múltiples síntomas corporales y en el embarazo, donde los factores emocionales pueden contribuir a la aparición de vómitos y náuseas recurrentes.

Incluye: vómitos psicógenos hiperemesis gravídica psicógena

Excluye: náuseas y vómitos sin especificación (R11)

F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria

Incluye: disminución psicógena del apetito pica de origen orgánico en adultos

F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación

F51 TRASTORNOS NO ORGANICOS DEL SUEÑO

Se trata de un grupo de trastornos que incluye:

- a) **disomnias:** trastornos primariamente psicógenos en los que la alteración predominante consiste en la afectación de la cantidad, calidad o duración del sueño, debida a causas emocionales, por ejemplo el insomnio y el hipersomnio y los trastornos del ritmo de sueño-vigilia y
- b) **parasomnias:** trastornos episódicos durante el sueño, los cuales durante la infancia están relacionados por lo general con las fases del desarrollo del niño, mientras que en la madurez son fundamentalmente psicógenos, tales como el sonambulismo, los terrores nocturnos y las pesadillas.

Esta sección incluye únicamente aquellos trastornos del sueño en los que las causas emocionales son un factor primario. Los trastornos del sueño de origen orgánico, como el síndrome de Kleine-Levin (G47.8), se encuentran en el capítulo VI de la CIE-10 (G47.-). Los trastornos no psicógenos, incluyendo la narcolepsia y la catapleja (G47.4) y los trastornos del ritmo del sueño (G47.2) se incluyen también en el capítulo VI de la CIE-10. Además, en dicho capítulo se recogen la apnea del sueño (G47.3) y los trastornos del sueño con movimientos episódicos entre ellos las mioclonias nocturnas (G25.3). Finalmente, la enuresis (F98.0) está recogida junto con otros trastornos emocionales y comportamentales de inicio específico en la infancia y adolescencia mientras que la enuresis nocturna primaria (R33.8), considerada como debida a un retraso de la maduración del control de la vejiga durante el sueño está recogida en el capítulo XVIII de la CIE-10, entre los síntomas que afectan al sistema urinario.

En muchos casos una alteración del sueño es un síntoma de otro trastorno mental o somático. Incluso cuando un trastorno específico del sueño aparece como clínicamente independiente, pueden presentarse una serie de factores psíquicos o somáticos que hayan contribuido a su aparición. El determinar si un trastorno del sueño, en un enfermo dado, es un trastorno independiente o simplemente uno entre los demás rasgos de otro trastorno (clasificado en otro apartado de este tomo, capítulo V o en otros capítulos de la CIE-10) debe hacerse en función de su presentación y de su curso clínicos, al igual que en las consideraciones y prioridades terapéuticas en el momento de realizarse la consulta. En cualquier caso, siempre que la queja principal de un enfermo sea un trastorno del sueño, deberá hacerse un diagnóstico de trastorno del sueño. Sin embargo, es preferible reseñar el diagnóstico del trastorno específico del sueño junto con los diagnósticos pertinentes para describir adecuadamente la psicopatología o fisiopatología de un caso determinado.

Excluye: trastornos del sueño (orgánicos) (G47.-)

F51.0 Insomnio no orgánico

El insomnio es un estado caracterizado por una cantidad o calidad del sueño no

satisfactorias, que persiste durante un considerable período de tiempo. La diferencia con lo que se considera habitualmente como cantidad normal de sueño no debería ser el elemento principal para un diagnóstico de insomnio dado que algunos individuos (con escasas necesidades de sueño) duermen una cantidad mínima de tiempo y no se consideran así mismos como insomnes. Por otro lado hay enfermos que sufren intensamente a causa de la mala calidad de su sueño, mientras que la cantidad del mismo es valorada subjetiva u objetivamente como dentro de límites normales.

Entre los insomnes la queja más frecuente es la dificultad para conciliar el sueño, seguida de la de mantenerlo y la de despertar precoz. Lo característico es que se presenta tras acontecimientos que han dado lugar a un aumento del estrés vital. Tiende a prevalecer más entre las mujeres, los enfermos de edad avanzada y aquellas personas con trastornos psicológicos o que se encuentran en mala situación socioeconómica. Cuando se sufre repetidamente de insomnio se desencadena un miedo creciente a padecerlo y una preocupación sobre sus consecuencias. Esto crea un círculo vicioso que tiende a perpetuar el problema del enfermo.

A la hora de acostarse los enfermos con insomnio cuentan que se sienten tensos, ansiosos, preocupados o deprimidos y como si carecieran de control sobre sus pensamientos. Frecuentemente dan vueltas a la idea de conseguir dormir lo suficiente, a problemas personales, a preocupaciones sobre su estado de salud o incluso sobre la muerte. A menudo intentan mitigar esta tensión con la ingesta de fármacos o de alcohol. Por la mañana suelen quejarse de sensación de cansancio físico y mental y durante el día están deprimidos, preocupados, tensos e irritables y obsesionados consigo mismos.

Los niños dicen a menudo que tienen dificultades para dormir cuando en realidad el problema consiste en dificultades de las costumbres y normas de acostarse (más que en un trastorno del sueño por sí mismo). Los problemas relacionados con la hora de acostarse no se codifican aquí sino en el capítulo XXI de la CIE-10 (Z62.0, control supervisión parentales inadecuados).

Pautas para el diagnóstico

Deben considerarse esenciales para el diagnóstico los siguientes rasgos clínicos:

- a) quejas que suelen consistir en dificultades para conciliar el sueño o para mantenerlo o sobre una mala calidad del mismo;
- b) dicha manifestación se ha presentado por lo menos tres veces a la semana durante al menos un mes;
- c) preocupación excesiva, tanto durante el día como durante la noche, sobre el hecho de no dormir y sobre sus consecuencias y
- d) la cantidad o calidad no satisfactorias del sueño causa un malestar general o interfiere con las funciones sociales y ocupaciones del enfermo.

Este código debe utilizarse siempre que la cantidad o la mala calidad del sueño sea el único

síntoma que tiene el enfermo. La presencia de otros síntomas psiquiátricos tales como depresión, ansiedad u obsesiones, no invalida el diagnóstico de insomnio, siempre y cuando el insomnio sea el síntoma primario o bien si su evolución crónica y gravedad hacen que el enfermo lo perciba como tal. Si coexisten otros trastornos, únicamente deberán ser codificados en caso de que sean lo suficientemente graves y persistentes como para justificar un tratamiento por sí mismos. Debe tenerse en cuenta que la mayoría de los individuos con insomnio crónico suelen estar preocupados por su trastorno del sueño, mientras que niegan la existencia de cualquier problema emocional y por lo tanto es precisa una evaluación clínica cuidadosa antes de desechar la presencia de una psicopatología de mayor envergadura.

El insomnio es un síntoma frecuente de otros trastornos mentales tales como los trastornos del humor (afectivos), neuróticos, orgánicos, debidos al consumo de sustancias psicotropas, esquizofrénicos y de la conducta alimentaria, o de otros trastornos específicos del sueño tales como pesadillas. Así mismo, el insomnio puede acompañar a trastornos somáticos en los que haya dolor o malestar o al consumo de ciertos medicamentos. Si el insomnio se presenta como uno solo de los múltiples síntomas de un trastorno mental o de una enfermedad somática, por ejemplo y no predomina en el cuadro clínico, el diagnóstico debe ser únicamente el del trastorno mental o somático subyacente. También tienen primacía diagnóstica otros trastornos del sueño tales como pesadillas, trastornos del ciclo sueño-vigilia, apnea del sueño o mioclonus nocturno, aún cuando tengan como consecuencia un deterioro de la cantidad o calidad del sueño. No obstante, en todos estos casos, si el insomnio es una de las molestias más importantes y es percibido como un trastorno en sí mismo, deberá codificarse como tal a continuación del trastorno principal. Este código no se aplica al llamado "insomnio transitorio". Las alteraciones transitorias del sueño forman parte de la vida cotidiana. Por lo tanto, el pasar unas pocas noches con dificultades para dormir relacionadas con la presencia de factores psicosociales estresantes no merece este diagnóstico, aunque si se acompaña de otros síntomas clínicamente significativos podría ser considerada como parte de una reacción a estrés agudo ([F43.0](#)) o de un trastorno de adaptación ([F43.2](#)).

F51.1 Hipersomnio no orgánico

El hipersomnio se define como un estado bien de excesiva somnolencia y ataques de sueño diurnos (no justificables por una cantidad inadecuada de sueño nocturno) o bien de un período de transición prolongado desde el sueño hasta la vigilia plena tras el despertar. En ausencia de factores orgánicos que expliquen la somnolencia, este trastorno suele acompañar a otros trastornos mentales. A menudo suele ser un síntoma de un trastorno del humor (afectivo) generalmente depresivo ([F31.3](#), [F31.4](#) ó [F31.5](#)), de un trastorno depresivo recurrente ([F33](#)) o de un episodio depresivo ([F32](#)). Otras veces, no obstante no se pueden reunir pautas suficientes para efectuar un diagnóstico de otro trastorno mental a pesar de que se tiene la evidencia de que existe un cierto grado de psicopatología.

Algunos enfermos establecen por sí mismos la relación entre su predisposición a dormirse en momentos poco adecuados y ciertas experiencias cotidianas poco agradables. Otros niegan que exista tal relación, incluso cuando un médico experto las haya podido identificar. En otros casos no se pueden identificar con certeza factores emocionales u otros factores psicológicos pero la ausencia de factores orgánicos sugiere que el hipersomnio es con toda probabilidad de origen psicógeno.

Pautas para el diagnóstico

Se consideran esenciales los siguientes rasgos clínicos:

- a) excesiva somnolencia o presencia de ataques de sueño diurnos no justificables por una cantidad inadecuada de sueño o bien un período de transición prolongado hasta el estado de vigilia completa tras el despertar;
- b) este trastorno del sueño se presenta diariamente durante más de un mes o durante períodos recurrentes de duración más corta y causa molestias intensas o interfiere con la actividad social o laboral;
- c) no hay síntomas secundarios de narcolepsia (cataplegia, parálisis del sueño, alucinaciones hipnagógicas) ni evidencia clínica de una apnea del sueño (interrupciones de la respiración nocturna, ronquidos intermitentes característicos, etc.) y
- d) ausencia de cualquier alteración neurológica o médica uno de cuyos síntomas pueda ser la somnolencia.

Si el hipersomnio se presenta como uno de los síntomas de un trastorno mental, tal como un trastorno del humor (afectivo), el diagnóstico debería ser el del trastorno subyacente. Sin embargo deberá añadirse el diagnóstico de hipersomnio de origen no orgánico si el sueño excesivo es el síntoma predominante en enfermos con otros trastornos mentales. Cuando no se reúnan las condiciones necesarias para formular otro diagnóstico debe usarse hipersomnio como diagnóstico único.

Diagnóstico diferencial

Es esencial diferenciar el hipersomnio de la narcolepsia (G47.4). En ésta suelen estar presentes uno o más síntomas secundarios, tales como la cataplegia, la parálisis del sueño, alucinaciones hipnagógicas, ataques irresistibles y reparadores de sueño y sueño nocturno fragmentado e interrumpido. Por el contrario, en el hipersomnio, los ataques de sueño diurnos son menos frecuentes, aunque cada episodio tiene una duración mayor. El enfermo suele ser capaz de prevenir su aparición, el sueño nocturno tiene normalmente una duración prolongada y hay una marcada dificultad para alcanzar la vigilia completa después del despertar ("borrachera del sueño").

Es importante diferenciar el hipersomnio de origen no orgánico del que acompaña a la apnea del sueño y de otros hipersomnios orgánicos. La mayoría de los enfermos con apnea del sueño tienen, además del síntoma de un excesivo sueño diurno, antecedentes de interrupción de la respiración nocturna, ronquidos intermitentes característicos, obesidad, hipertensión, impotencia, deterioro cognoscitivo, inquietud y sudoración nocturna profusa, dolores de cabeza matutinos y trastornos de la coordinación. Cuando existe una fuerte sospecha de apnea del sueño, la confirmación del diagnóstico y la cuantificación de los episodios apneicos debe efectuarse mediante registros en un laboratorio de sueño.

El hipersomnio debido a causas orgánicas definidas (encefalitis, meningitis, contusiones y otras lesiones cerebrales, tumores cerebrales, enfermedades vasculocerebrales,

degenerativas y otras enfermedades neurológicas, trastornos metabólicos, intoxicaciones, alteraciones endocrinas, síndrome de postradiación) puede ser diferenciado del hipersomnio de origen no orgánico por la mera presencia de un factor orgánico que puede ponerse de manifiesto a partir de las manifestaciones clínicas y de los resultados de las exploraciones complementarias.

F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia

El trastorno del ciclo del sueño-vigilia se define por una falta de sincronización entre el ritmo de sueño-vigilia individual y el deseable en el entorno en el que se desenvuelve el enfermo, lo que ocasiona una queja de insomnio nocturno o de sueño durante el día. Este trastorno puede ser psicógeno o de origen presumiblemente orgánico, según el peso relativo de uno u otro tipo de factores condicionantes. Los individuos con ciclos de sueño-vigilia desorganizados y variables presentan con frecuencia un grado considerable de psicopatología, por lo general relacionada con diversos trastornos psiquiátricos tales como trastornos de la personalidad y trastornos del humor (afectivos). En enfermos que tienen que cambiar de turno de trabajo o viajar con frecuencia con cambios de horario, la alteración de los ritmos circadianos tiene un carácter básicamente biológico, aunque también puede existir un fuerte componente emocional añadido, ya que dichos individuos suelen tener que soportar un estrés considerable. Por último en algunos individuos se produce un adelantamiento en la fase de sueño-vigilia deseada, lo que puede ser debido tanto a un mal funcionamiento intrínseco del oscilador circadiano (reloj biológico) del enfermo, como a un procesamiento anormal de las claves temporales que sincronizan los relojes biológicos (este último caso puede estar de hecho relacionado con alteraciones cognoscitivas o emocionales).

Este código se reserva para aquellos trastornos del ciclo sueño-vigilia en los que los factores psicológicos juegan el papel mas importante, mientras que en aquellos casos en los que se sospecha un trastorno orgánico deberá utilizarse el código G47.2, por ejemplo, como trastornos orgánicos del ciclo sueño-vigilia. En cualquier caso concreto, corresponde al juicio clínico elegir cuando los factores psicológicos son de una importancia primaria, es decir, cuando debe usarse el presente código o el G47.2.

Pautas para el diagnóstico

Los rasgos impuestos por clínicos esenciales son los siguientes:

- a) el patrón de sueño-vigilia del individuo no está sincronizado con el horario de sueño-vigilia deseado, las necesidades sociales y que comparten la mayoría de las personas de su entorno;
- b) como consecuencia de este trastorno el individuo experimenta, casi todos los días al menos durante el mes previo o de manera recurrente en períodos de tiempo más cortos, insomnio a lo largo de la mayor parte del período de sueño y sueño durante el período de vigilia y
- c) la cantidad, la calidad y el ritmo no satisfactorios de los períodos de sueño causan un gran malestar o interfieren con la actividad social y laboral.

Sólo deberá utilizarse este código cuando no pueda identificarse una causa psiquiátrica o somática clara de este trastorno. No obstante, la presencia de síntomas psiquiátricos tales como ansiedad, depresión o hipomanía no invalidan el diagnóstico de trastorno psicógeno del ciclo de sueño-vigilia, siempre y cuando este trastorno predomine en el cuadro clínico del enfermo. Cuando otros síntomas psiquiátricos sean lo suficientemente claros y persistentes como para justificar un tratamiento por sí mismo, dicho trastorno o trastornos mentales específicos deberán ser diagnosticados por separado.

Incluye: inversión del ritmo circadiano psicógena inversión del sueño psicógena inversión nictameral psicógena

F51.3 Sonambulismo

El sonambulismo es un estado de disociación de la conciencia en el que se combinan fenómenos propios 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, presentando un bajo nivel de conciencia, una escasa reactividad a estímulos externos y una cierta torpeza de movimientos. En general el sonámbulo abandona el dormitorio y puede llegar a salir de su casa y por lo tanto, durante estos episodios, se expone a un considerable riesgo de lesionarse. Sin embargo, por lo general suelen volver tranquilamente a su casa por sí mismos, o bien dirigidos suavemente por otras personas. Cuando se despiertan, ya sea tras el episodio de sonambulismo o a la mañana siguiente, no suelen recordar estos hechos.

El sonambulismo y los terrores nocturnos ([F51.4](#)) están estrechamente relacionados. Ambos son considerados como trastornos de los mecanismos del despertar y se presentan fuera de las etapas más profundas del sueño (estadios III-IV). Muchos enfermos tienen antecedentes familiares o personales de cualquiera de estos trastornos. Además ambos son mucho más frecuentes en la infancia, lo que pone de relieve el papel que juegan en su etiología factores ligados al desarrollo. Así mismo, en algunos casos el comienzo de estos trastornos coincide con una enfermedad febril cuando persisten o se presentan por primera vez en la madurez, ambos tienden a estar relacionados con trastornos psicológicos importantes. Debido a las semejanzas clínicas y patogénicas entre el sonambulismo y los terrores nocturnos y al hecho de que el diagnóstico diferencial entre ambos trastornos consiste normalmente en determinar cual de ellos predomina, recientemente se considera que forman parte de un espectro nosológico común. Pese a todo y con el fin de mantener la clasificación tradicional y a la vez que para destacar las diferencias de su expresión clínica, se proporcionan claves separadas para su codificación.

Pautas para el diagnóstico

Los rasgos clínicos esenciales son los siguientes:

- a) el síntoma predominante es la presencia de episodios repetidos de levantarse de la cama durante el sueño y deambular durante unos minutos o hasta media hora, normalmente durante el primer tercio del sueño nocturno;

- b) durante el episodio el individuo tiene la mirada en blanco, no responde plenamente a los esfuerzos de los otros para modificar su comportamiento o comunicarse con él y resulta muy difícil despertarlo;
- c) al despertarse del episodio o a la mañana siguiente, el individuo no recuerda nada de lo sucedido;
- d) al cabo de unos minutos de haberse despertado tras un episodio no se pone de manifiesto deterioro alguno en la actividad mental o en el comportamiento, a pesar de que puede darse, inicialmente, un breve período de tiempo en el que haya cierta confusión y desorientación y
- e) no hay evidencia alguna de un trastorno mental orgánico, tal como una demencia o una epilepsia.

Diagnóstico diferencial

Es necesario diferenciar el sonambulismo de los ataques epilépticos psicomotores. La epilepsia psicomotriz rara vez se presenta únicamente durante el sueño. Durante un ataque epiléptico el enfermo no responde en absoluto a los estímulos ambientales mientras que aparecen frecuentemente movimientos perseverantes de tragar o frotarse las manos. La presencia de descargas epilépticas en el E.E.G. confirma el diagnóstico, a pesar de que un trastorno convulsivo no excluye que haya sonambulismo.

También debe diferenciarse el sonambulismo de los trastornos disociativos (de conversión) (ver [F44.1](#)). En un trastorno disociativo los episodios son mucho más largos, los enfermos están más alerta y son capaces de llevar a cabo formas de conducta más complejas o intencionales. Además estos trastornos son raros en niños y lo característico es que comiencen durante las horas de vigilia.

F51.4 Terrores nocturnos

Los terrores nocturnos consisten en episodios nocturnos de pánico y terror intensos que se acompañan de gritos, movimientos bruscos y fuertes descargas vegetativas. El individuo se levanta o se incorpora dando un grito de pánico, normalmente durante el primer tercio del sueño nocturno. Con frecuencia se precipita hacia la puerta como tratando de escapar a pesar de que rara vez llega salir de la habitación. Los esfuerzos de los demás para modificar esta situación pueden de hecho producir un temor más intenso, puesto que el individuo no sólo es incapaz de responder a ellos, sino que además puede estar desorientado durante algunos minutos. Al despertarse no suele recordar el episodio. Debido a estas características clínicas los afectados tienen un gran riesgo de lesionarse durante ellos.

Los terrores nocturnos y sonambulismo ([F51.3](#)) están estrechamente relacionados entre sí. Ambos trastornos comparten las mismas características clínicas y fisiopatológicas y los factores genéticos, de desarrollo, orgánicos y psicológicos juegan un papel importante en ambos. Debido a sus muchas semejanzas, ambos trastornos han sido recientemente considerados como parte del mismo espectro nosológico.

Pautas para el diagnóstico

Los rasgos clínicos esenciales son los siguientes:

- a) el síntoma predominante es la presencia de episodios repetidos de despertarse durante el sueño, que comienzan con un grito de pánico y están caracterizados por una intensa ansiedad, excitación motriz e hiperactividad vegetativa tal y como taquicardia, taquipnea y sudoración;
- b) estos episodios repetidos de despertar tienen una duración característica de uno a diez minutos. Por lo general se presentan durante el primer tercio del sueño nocturno;
- c) hay una relativa ausencia de respuesta frente a los intentos de otras personas para influir en el terror y de manera casi constante a estos intentos suelen suceder unos minutos de desorientación y movimientos perseverantes;
- d) el recuerdo del acontecimiento, si es que hay alguno, es mínimo (normalmente a una o dos imágenes mentales fragmentarias) y
- e) no hay evidencia de presencia de un trastorno somático, tal como un tumor cerebral o una epilepsia.

Diagnóstico diferencial

Es necesario distinguir los terrores nocturnos de las pesadillas. En ellas las vocalizaciones y manifestaciones motrices son poco intensas. Al contrario que en el caso de los terrores nocturnos, las pesadillas pueden presentarse en cualquier momento del sueño, el individuo puede despertarse fácilmente y tiene un recuerdo muy detallado y vívido del acontecimiento.

Para diferenciar los terrores nocturnos de los ataques epilépticos el médico debe tener en cuenta que los episodios comiciales rara vez se presentan solamente durante el sueño y que un registro electroencefalográfico anormal apoya el diagnóstico de epilepsia.

F51.5 Pesadillas

Las pesadillas son una experiencia onírica cargada de ansiedad o de miedo. Los que las padecen tienen un recuerdo muy detallado del contenido del sueño. Esta experiencia es muy vívida y suele incluir 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 tema o temas similares. Durante un episodio típico de pesadillas se produce una cierta descarga vegetativa, pero no hay vocalizaciones ni una actividad motriz apreciable. Al despertarse el individuo alcanza rápidamente un estado de alerta y de orientación aceptables. Su comunicación con los demás es adecuada y por lo general puede proporcionar gran cantidad de detalles sobre la experiencia del sueño, tanto inmediatamente después como a la mañana siguiente.

En los niños no suelen existir trastornos psicológicos asociados a las pesadillas, dado que cuando se presentan a estas edades tienen normalmente relación con fases específicas del desarrollo emocional. Por el contrario, los adultos con pesadillas presentan alteraciones psicológicas importantes, normalmente en forma de trastornos de personalidad. Además, el consumo de ciertas sustancias psicotropas, tales como reserpina, tioridazina, antidepresivos tricíclicos y benzodiazepinas, puede contribuir a la aparición de pesadillas. Así mismo, la supresión brusca de fármacos hipnóticos no benzodiazepínicos que suprimen el sueño REM (fase del sueño en la que se producen los ensueños) puede potenciar la aparición de pesadillas por un efecto de rebote.

Pautas para el diagnóstico

Los rasgos clínicos esenciales para el diagnóstico son los siguientes:

- a) el despertarse de un sueño nocturno o de una siesta con recuerdos detallados y muy vívidos de sueños terroríficos, que normalmente implican una amenaza para la supervivencia, la seguridad o la estimación de sí mismo. El despertar puede tener lugar durante cualquier momento del período de sueño, aunque normalmente tiene lugar durante la segunda mitad;
- b) una vez despierto, el individuo alcanza rápidamente el estado de vigilia y se encuentra orientado y alerta y
- c) tanto la experiencia onírica en sí misma como la alteración del sueño provocan gran malestar al enfermo.

Incluye trastorno de ansiedad del sueño

Diagnóstico diferencial

Es importante diferenciar las pesadillas de los terrores nocturnos. En estos últimos los episodios se presentan durante el primer tercio del período del sueño y se acompañan de intensa ansiedad, gritos de pánico, gran actividad de movimientos e intensas descargas vegetativas. Además, en los terrores nocturnos no se recuerdan los detalles del sueño, ni inmediatamente después del episodio ni al despertarse a la mañana siguiente.

F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño

F51.9 Trastorno no orgánico del sueño de origen sin especificación

Incluye: trastornos emocionales del sueño sin especificación

F52 DISFUNCIONES SEXUALES DE ORIGEN NO ORGANICO

Las disfunciones sexuales abarcan diferentes formas de incapacidad para participar en una relación sexual deseada. Según los casos se trata de una falta de interés una imposibilidad de sentir placer, un fracaso en la respuesta fisiológica necesaria para una interacción sexual

efectiva (por ejemplo erección) o una incapacidad para controlar o sentir un orgasmo. Puesto que la respuesta sexual es un proceso psicósomático, lo normal en la etiología de las disfunciones sexuales, estén implicados tanto factores psicológicos como somáticos implicados. Aunque en algunos casos es posible identificar inequívocamente una etiología psicógena u orgánica, lo más frecuente, en especial en problemas como la ausencia de erección o la dispareunia, es que resulte difícil estar seguro de la importancia de unos u otros. En tales casos resulta adecuado clasificar el trastorno como de etiología mixta o incierta.

Algunos tipos de disfunción se presentan tanto en varones como en mujeres, por ejemplo la falta de deseo sexual. No obstante las mujeres tienden a presentar con mayor frecuencia quejas sobre la calidad subjetiva de la experiencia sexual (por ejemplo, el que no sea placentera o interesante), en lugar de fracasos en una respuesta específica. La queja de disfunción orgásmica no es rara, pero es necesario tener en cuenta que cuando un aspecto de la respuesta sexual femenina se ve afectado, es muy posible que haya otros que estén también deteriorados. Por ejemplo si una mujer es incapaz de sentir orgasmos, es frecuente que tampoco disfrute con otros aspectos del juego amoroso y pierda también gran parte de su apetito sexual. Los varones, por el contrario, cuando se quejan de un fracaso en una respuesta específica, tal como la obtención de erección o eyaculación, suelen referir que a pesar de estos fracasos, su apetito sexual persiste. Por lo tanto antes de hacer un diagnóstico es necesario explorar detenidamente cada trastorno, sin detenerse únicamente en el síntoma que motiva la consulta.

Excluye: síndrome de Dhat ([F48.8](#)) síndrome de Koro ([F48.8](#))

F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual

Para hacer este diagnóstico es necesario que la pérdida del deseo sexual sea el problema principal y no sea secundario a otras dificultades sexuales como el fracaso en la erección o la dispareunia. La ausencia de deseo sexual no excluye el placer o la excitación, pero hace menos probable que el individuo emprenda alguna actividad sexual en este sentido.

Incluye: frigidez trastorno hipoactivo del deseo sexual

F52.1 Rechazo sexual y ausencia de placer sexual

F52.10 Rechazo sexual

La perspectiva de interacción sexual con una pareja se acompaña de intensos sentimientos negativos y produce la suficiente ansiedad y miedo como para evitar la actividad sexual.

F52.11 Ausencia de placer sexual.

Se presentan respuestas sexuales normales y tiene lugar el orgasmo, pero existe una ausencia del placer correspondiente. Esta queja es mucho más frecuente entre mujeres que entre los varones.

Incluye: anhedonia (sexual)

F52.2 Fracaso de la respuesta genital

En los varones el problema fundamental es disfunción para la erección, por ejemplo, una dificultad en alcanzar o mantener una erección adecuada una penetración satisfactoria. Si la erección se presenta con normalidad en determinadas situaciones (durante la masturbación o el sueño, o con una pareja diferente), es probable que la causa sea psicógena. Si no es así, el diagnóstico correcto de este trastorno puede depender de una exploración específica (por ejemplo medida de la intumescencia nocturna del pene) o de la respuesta al tratamiento psicológico.

En las mujeres el problema fundamental es la sequedad vaginal o fracaso en la lubricación, que pueden ser de origen psicógeno, patológico (por ejemplo infeccioso) o por una deficiencia de estrógenos (por ejemplo tras la menopausia). Es poco frecuente que las mujeres se quejen primariamente de sequedad vaginal, excepto como síntoma de una deficiencia postmenopáusica de estrógenos.

Incluye: impotencia psicógena trastornos de la erección trastorno del estímulo sexual en la mujer.

F52.3 Disfunción orgásmica

Cuando se presenta este trastorno, el orgasmo no se produce o se retrasa excesivamente. El trastorno puede aparecer en situaciones concretas (por ejemplo, únicamente en determinadas circunstancias, en cuyo caso la etiología es probablemente psicógena) o permanente, en cuyo caso no se pueden excluir con facilidad factores somáticos o constitucionales, excepto si hay una respuesta satisfactoria a un tratamiento psicológico. La disfunción orgásmica es más frecuente en mujeres que en varones.

Incluye: anorgasmia psicógena inhibición orgásmica

F52.4 Eyaculación precoz

Este trastorno consiste en la incapacidad de controlar la aparición de la eyaculación durante el tiempo necesario para que ambos participantes disfruten de la relación sexual. En algunos casos graves, la eyaculación puede presentarse antes de la penetración o en ausencia de erección. La eyaculación precoz se debe raras veces a causas orgánicas aunque puede presentarse como reacción psicológica a una disfunción orgánica, por ejemplo, un fracaso de la erección o a la presencia de dolor. La eyaculación también se considera precoz si la erección requiere una estimulación prolongada, de tal manera que el intervalo de tiempo desde que se alcanza la erección suficiente y la eyaculación se acorta. En tales casos el problema primario es un retraso en la erección.

F52.5 Vaginismo no orgánico

Se trata de un espasmo muscular de la pared pelviana que rodea la vagina, lo que causa una oclusión de la abertura vaginal. En tal caso la entrada del pene es imposible o muy dolorosa. El vaginismo puede ser una reacción secundaria a alguna causa local de dolor, en cuyo caso no debe recurrirse a esta categoría.

Incluye: vaginismo psicógeno

F52.6 Dispareunia no orgánica

La dispareunia (dolor durante la penetración) se presenta tanto en mujeres como en varones. A menudo puede ser atribuida a una patología local, en cuyo caso debe ser codificada de acuerdo con el trastorno correspondiente. En algunos casos no hay ninguna causa orgánica y puede ser importante la presencia de factores psicógenos. Esta categoría sólo deberá utilizarse si no hay ninguna otra disfunción sexual (por ejemplo, vaginismo o sequedad vaginal).

Incluye: dispareunia psicógena

F52.7 Impulso sexual excesivo

Tanto los varones como las mujeres pueden quejarse ocasionalmente de un impulso sexual excesivo como un problema en sí mismo, generalmente durante el final de la adolescencia o en el comienzo de la edad adulta, cuando el impulso sexual excesivo es secundario a un trastorno del humor (afectivo) ([F30-F39](#)) o cuando aparece en los estadios iniciales de la demencia ([F00-F03](#)) debe codificarse aquí.

Incluye: ninfomanía satiriasis

F52.8 Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos

F52.9 Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico

F53 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN EL PUERPERIO, NO CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR

Se clasifican aquí sólo los trastornos mentales que se presentan en el puerperio (con comienzo en las seis semanas posteriores al parto) que no satisfacen las pautas de trastornos clasificados en otra parte de éste tomo V (F) de la CIE-10, porque la información disponible es insuficiente, o porque la presencia de características clínicas especiales adicionales hace inadecuada su clasificación en otra parte. Por lo general es posible clasificar los trastornos mentales del puerperio sin utilizar estos códigos especiales, usando dos códigos, el primero de cualquier otra categoría de este tomo V (F) de la CIE-10, indicando el tipo específico de trastorno mental (generalmente del humor (afectivo), [F30-F39](#)), y el segundo, 099.3, enfermedades mentales y del sistema nervioso complicadas con el puerperio.

F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar leves

Incluye: depresión postnatal depresión postparto sin especificar

F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no

clasificados en otro lugar graves

F53.8 Otros trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar

F53.9 Otro trastorno mental o del comportamiento del puerperio sin especificación

F54 FACTORES PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO EN TRASTORNOS O ENFERMEDADES CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR

Esta categoría debe utilizarse para diagnosticar la presencia de influencias psicológicas o comportamentales consideradas como importantes en la etiología de trastornos somáticos que pueden ser clasificados de acuerdo con otros capítulos de la CIE-10. Este tipo de alteraciones mentales suelen ser normalmente leves, no permiten hacer un diagnóstico clínico más específico y a menudo son muy prolongadas (tales como preocupaciones, conflictos emocionales o aprensión). Por si mismas no satisfacen las pautas de ninguna de las categorías descritas en el resto de este tomo V (F) de la CIE-10. Debería utilizarse un código adicional para identificar el trastorno somático (en los pocos casos en que un trastorno psiquiátrico manifiesto se considere el causante de un trastorno somático, deberá utilizarse un segundo código adicional para dejar constancia de este trastorno mental).

A continuación figuran algunos ejemplos de como se debe utilizar esta categoría: Asma (F54 + J45), dermatitis y eczema (F54 + L23- L25), úlcera gástrica (F54 + K25.-), colitis mucosa (F54 + K58.-), colitis ulcerosa (F54 + K51.-) y urticaria (F54 + L50.-).

Incluye: factores psicológicos que afectan a funciones somáticas

Excluye: cefalea de tensión (G44.2)

F55 ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA

Aunque el número de sustancias medicinales, remedios populares y fármacos registrados que pueden dar lugar a diagnósticos de este apartado es muy grande, la mayoría de ellas pertenecen a uno de estos tres grupos: fármacos psicotropos que no dan lugar a dependencia, como los antidepresivos, laxantes y analgésicos que no necesitan receta como la aspirina y el paracetamol. Alguno de estos productos pudo haber sido recetado en una primera instancia en el pasado, pero a partir de entonces se ha desarrollado un consumo prolongado innecesario o a dosis excesivas, favorecido por su facilidad de adquisición.

El consumo persistente e injustificado de estas sustancias da lugar a gastos y a contactos con dispositivos asistenciales innecesarios y a menudo a daños somáticos. Los intentos de disuadir o impedir el consumo de la sustancia se enfrentan a una gran resistencia, a pesar de advertir al enfermo sobre el riesgo o la presencia de consecuencias tales como daño renal o alteraciones electrolíticas, a las que pueden dar lugar el consumo de analgésicos o de laxantes. Aunque suele ser evidente que el enfermo tiene una gran predisposición a consumir la sustancia, no se presentan síntomas de dependencia ([F1x.2](#)) ni de abstinencia ([F1x.3](#)) como en el caso de las sustancias psicotropas referidas en [F10-F19](#).

Debe usarse un cuarto caracter para identificar el tipo de sustancia implicado:

F55.0 Antidepresivos (tricíclicos, tetracíclicos, IMAO)

F55.1 Laxantes

F55.2 Analgésicos (no especificados como psicotropos en F10-F19: aspirina, paracetamol, fenacetina)

F55.3 Antiácidos

F55.4 Vitaminas

F55.5 Hormonas o sustancias esteroideas

F55.6 Hierbas o remedios populares

F55.8 Otras sustancias que no producen dependencia (diuréticos)

F55.9 sustancia sin especificación

Excluye: abuso de sustancias psicotropas que producen dependencia ([F10-F19](#))

F59 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y A FACTORES SOMÁTICOS SIN ESPECIFICACION

Incluye: disfunción fisiológica psicógena sin especificación

F60-69 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

60.30 tipo impulsivo

60.31 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 no clasificables en

F60 ó F62.

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 Ludopatía

F63.1 Piromanía

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 Trastornos de la identidad sexual

[F64.0 Transexualismo](#)

[F64.1 Transvestismo no fetichista](#)

[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 Transvestismo fetichista](#)

[F65.2 Exhibicionismo](#)

[F65.3 Escoptofilia \(voyeurismo\)](#)

[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 sexual](#)

[F66.8 Otros trastornos desarrollo psicosexual](#)

[F66.9 Trastorno del desarrollo psicosexual sin especificación](#)

Puede recurrirse a los siguientes códigos de quinto carácter para indicar la asociación con:

[F66.x0 heterosexualidad](#)

[F66.x1 homosexualidad](#)

[F66.x2 bisexualidad \(sólo debe ser utilizado cuando hay una clara evidencia de atracción sexual hacia miembros de ambos sexos\)](#)

[F66.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](#)

Esta sección incluye diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser

persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida.

F60 F62 TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD, TRASTORNOS MIXTOS Y OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y TRANSFORMACIONES PERSISTENTES DE LA PERSONALIDAD

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

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

Cada una de las alteraciones incluidas en este grupo debe ser clasificada de acuerdo con la forma de expresión comportamental predominante. No obstante, la clasificación de este área no puede, por el momento, ir más allá de la descripción de una serie de tipos o subtipos que no son mutuamente excluyentes y que tienen entre ellos características que se solapan.

Los trastornos de la personalidad se subdividen por lo tanto de acuerdo con los rasgos correspondientes a sus manifestaciones comportamentales más frecuentes o destacadas. Los subtipos así descritos han recibido un reconocimiento general como formas importantes de desviación de la personalidad. Para hacer un diagnóstico de trastorno de la personalidad, el clínico ha de considerar todos los aspectos funcionales de la personalidad, aunque el diagnóstico, para ser simple y eficaz, se

referirá sólo a aquellas dimensiones o rasgos en los que se alcancen los grados de gravedad propuestos.

La evaluación ha de basarse en tantas fuentes de información como sea posible. Aunque a veces se puede evaluar la personalidad en una sola entrevista, a menudo se requiere realizar más de una y recopilar datos de anamnesis de varios informadores.

El trastorno esquizotípico y la ciclotimia 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](#)), ya que parecen tener afinidades significativas en cuanto a sus manifestaciones clínicas, antecedentes familiares y curso con los trastornos de dichas secciones.

La subdivisión de transformación de la personalidad se basa en la presencia de un motivo o antecedente de dicha transformación, por ejemplo, una experiencia catastrófica, un estrés o tensión prolongados o una enfermedad psiquiátrica (con excepción de la esquizofrenia residual, que se clasifica como [F20.5](#)).

Es importante separar la patología de la personalidad de los trastornos incluidos en otras categorías de este tomo V (F) de la CIE 10. Si un problema de personalidad precede o se presenta tras un trastorno psiquiátrico, episódico o crónico, han de diagnosticarse ambos. La codificación de estos cuadros y trastornos será más fácil cuando pueda utilizarse el formato multiaxial en preparación, que completa la clasificación nuclear de los trastornos mentales y del comportamiento. En las manifestaciones de las anomalías de la personalidad, las diferencias culturales o regionales son importantes, pero son aún escasos los conocimientos específicos en este área. Los problemas de personalidad que se presentan con una frecuencia especial en una determinada parte del mundo, pero que no corresponden a ninguno de los subtipos que se especifican a continuación, pueden clasificarse como "otros" trastornos de la personalidad e identificarse mediante un quinto carácter en el código correspondiente de una posible adaptación de la CIE 10 para esa región o país en particular. Las diferencias locales de las manifestaciones de un trastorno de personalidad pueden reflejarse también en la redacción de las Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico, del trastorno correspondiente.

F60 TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD

Este epígrafe incluye trastornos graves del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del individuo, que normalmente afectan a varios aspectos de la personalidad y que casi siempre se acompañan de alteraciones personales y sociales considerables. Los trastornos de la

personalidad tienden a presentarse en la infancia y adolescencia y a persistir durante la edad adulta. Por ello es probable que un diagnóstico de trastorno de personalidad sea adecuado antes de los 16 ó 17 años. A continuación se presentan las pautas generales de diagnóstico correspondientes a todos los trastornos de la personalidad. El resto de las características complementarias se especifican en cada uno de los subtipos.

Pautas para el diagnóstico

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

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

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

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad

Es un trastorno de personalidad caracterizado por:

- a) sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires;
- b) incapacidad para perdonar agravios o perjuicios y predisposición a rencores persistentes
- c) suspicacia y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias

propias interpretando las manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles o despectivas

d) sentido combativo y tenaz de los propios derechos al margen de la realidad

e) predisposición a los celos patológicos

f) predisposición a sentirse excesivamente importante, puesta de manifiesto por una actitud autorreferencial constante y

g) preocupación por "conspiraciones" sin fundamento de acontecimientos del entorno inmediato o del mundo en general.

Incluye: personalidad expansiva personalidad paranoide personalidad sensitiva paranoide personalidad querulante trastorno expansivo de la personalidad trastorno sensitivo paranoide de la personalidad trastorno querulante de la personalidad

Excluye: esquizofrenia ([F20](#)) trastorno de ideas delirantes ([F22](#))

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

a) incapacidad para sentir placer (anhedonia)

b) frialdad emocional o despego o embotamiento afectivo e incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira a los demás

c) respuesta pobre a los elogios o las críticas

d) poco interés por relaciones sexuales con otras personas (teniendo en cuenta la edad)

e) marcada preferencia por devaneos fantásticos, por actividades solitarias acompañada de una actitud de reserva y a la introspección

f) ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza o las que se limitan a una sola persona o el deseo de poder tenerlas y

g) marcada dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales, lo que da lugar a un comportamiento excéntrico.

Excluye: esquizofrenia ([F20](#)) trastorno esquizotípico ([F21](#)) síndrome de Asperger ([F84.5](#)) trastorno de ideas delirantes ([F22](#)) trastorno esquizoide de la infancia ([F84.5](#))

F60.2 Trastorno disocial de la personalidad

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

- a) Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía
- b) Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales
- c) Incapacidad para mantener relaciones personales duraderas
- d) Muy baja tolerancia a la frustración con bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a un comportamiento violento
- e) Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo y
- f) Marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo y puede presentarse también una irritabilidad persistente. La presencia de un trastorno disocial durante la infancia y adolescencia puede apoyar el diagnóstico, aunque no tiene porque haberse presentado siempre.

Incluye: trastorno de personalidad sociopática trastorno de personalidad amoral trastorno de personalidad asocial trastorno de personalidad antisocial trastorno de personalidad psicopática

Excluye: trastornos disociales [\(F91\)](#) trastorno de inestabilidad emocional de personalidad

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 junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; estas son fácilmente provocadas al recibir críticas o ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.

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

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

Incluye: personalidad explosiva y agresiva trastorno explosivo y agresivo de la personalidad

Excluye: trastorno disocial de la personalidad ([F60.2](#))

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

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

Incluye: personalidad "borderline" trastorno "borderline" de la personalidad

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por la presencia de:

- a) tendencia a la representación de un papel, teatralidad y expresión exagerada de las emociones
- b) sugestibilidad y facilidad para dejarse influir por los demás
- c) afectividad lábil y superficial
- d) búsqueda imperiosa de emociones, de ser apreciado por los demás y desarrollo de actividades en las que ser el centro de atención
- e) comportamiento y aspecto marcados por un deseo inapropiado de seducir y
- f) preocupación excesiva por el aspecto físico.

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

Incluye: personalidad psicoinfantil e histérica trastorno psicoinfantil e histérico de la personalidad.

F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a) falta de decisión, dudas y precauciones excesivas, que reflejan una profunda inseguridad personal;

b) preocupación excesiva por detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios;

c) perfeccionismo, que interfiere con la actividad práctica;

d) rectitud y escrupulosidad excesivas junto con preocupación injustificada por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y a relaciones personales;

e) pedantería y convencionalismo con una capacidad limitada para expresar emociones y

f) rigidez y obstinación

g) con insistencia poco razonable en que los demás se sometan a la propia rutina y resistencia también poco razonable a dejar a los demás hacer lo que tienen que hacer y

h) la irrupción no deseada e insistente de pensamientos o impulsos.

Incluye: personalidad compulsiva personalidad obsesiva trastorno compulsivo de la personalidad trastorno obsesivo de la personalidad

Excluye: trastorno obsesivo compulsivo ([F42](#))

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

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por la presencia de:

a) sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor

b) preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal o por ser inferior a los demás

c) preocupación excesiva por ser criticado o rechazado en sociedad;

d) resistencia a entablar relaciones personales si no es con al seguridad de ser aceptados

e) restricción del estilo de vida debido a la necesidad de tener una seguridad física y

f) evitación de actividades sociales o laborales que impliquen conyactos personales íntimos, por el miedo a la crítica, reprobación o rechazo.

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

F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

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

Pueden presentarse además percepción de sí mismo como inútil, incompetente y falta de resistencia.

Incluye: personalidad asténica personalidad inadecuada personalidad pasiva personalidad derrotista trastorno asténico de la personalidad trastorno inadecuado de la personalidad trastorno pasivo de la personalidad trastorno derrotista asténico de la personalidad

F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad

Se incluyen aquí los trastornos de la personalidad que no satisfacen ninguno de las pautas de los tipos específicos.

Incluye: personalidad narcisista personalidad excéntrica personalidad inestable personalidad inmadura personalidad pasivo agresiva personalidad psiconeurótica trastorno narcisista de la personalidad trastorno excéntrico de la personalidad trastorno inestable de la personalidad trastorno inmaduro de la personalidad trastorno pasivo agresivo de la personalidad trastorno psiconeurótico de la personalidad

F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación

Incluye: neurosis de carácter personalidad patológica

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](#). A continuación se describen dos tipos de ellos, el resto debe ser codificado como [F60.8](#).

F61.0 Trastornos mixtos de la personalidad, con características de varios de los trastornos de F60 pero sin un grupo de síntomas predominantes que permitan un diagnóstico más específico.

F61.1 Variaciones problemáticas de la personalidad, no clasificables en F60 a F62y considerados como secundarios a un diagnóstico principal de un trastorno del humor (afectivo) o de ansiedad coexistente.

Excluye: acentuación de rasgos de la personalidad

F62 TRANSFORMACION PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD NO ATRIBUIBLE A LESION O ENFERMEDAD 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 excesivos, o de haber padecido enfermedades psiquiátricas graves, se han presentado en personas que previamente no habían puesto de manifiesto trastornos de la personalidad. Los diagnósticos incluidos en este apartado sólo deben hacerse cuando haya una clara evidencia de un cambio definido y duradero del modo como el enfermo percibe, se relaciona o piensa sobre el entorno y de sí 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. Estas transformaciones o cambios de la personalidad duraderos suelen presentarse después de experiencias traumáticas de una intensidad extraordinaria, aunque también pueden hacerlo como consecuencia de un trastorno mental grave prolongado o recurrente. Puede ser difícil la diferenciación entre los rasgos de personalidad adquiridos y el desenmascaramiento o exacerbación de un trastorno de la personalidad tras una situación estresante, de una tensión mantenida o de una experiencia psicótica. Las transformaciones duraderas de la personalidad deberán ser diagnosticadas únicamente cuando el cambio constituya una manera de ser permanente y diferente, cuya etiología pueda referirse a una experiencia profunda y existencialmente extrema. No deberá recurrirse a este diagnóstico si el trastorno de la personalidad es secundario a una enfermedad o a una lesión cerebral importante (en este caso se utilizará la categoría [F07.0](#)).

Excluye: trastornos mentales y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral ([F07](#))

F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica

La transformación persistente de la personalidad puede aparecer tras la experiencia de una

situación estresante catastrófica. El estrés debe ser tan extremo como para que no se requiera tener en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar el profundo efecto sobre la personalidad. Son ejemplos típicos: experiencias en campos de concentración, torturas, desastres y exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida (por ejemplo secuestro, cautiverio prolongado con la posibilidad inminente de ser asesinado). Puede preceder a este tipo de transformación de la personalidad un trastorno de estrés post traumático (F43.1). Estos casos pueden ser considerados como estados crónicos o como secuelas irreversibles de aquel trastorno. No obstante, en otros casos, una alteración persistente de la personalidad que reúne las características que a continuación se mencionan, puede aparecer sin que haya una fase intermedia de un trastorno de estrés post traumático manifiesto. sin embargo, las transformaciones duraderas de la personalidad después de una breve exposición a una experiencia amenazante para la vida como puede ser un accidente de tráfico, no deben ser incluidas en esta categoría puesto que investigaciones recientes indican que este tipo de evolución depende de una vulnerabilidad psicológica preexistente.

Pautas para el diagnóstico

La transformación de la personalidad debe ser persistente y manifestarse como rasgos rígidos y desadaptativos que llevan a un deterioro de las relaciones personales y de la actividad social y laboral. Por lo general la transformación de la personalidad debe ser confirmada por información de un tercero. El diagnóstico esencialmente se basa en la presencia de rasgos previamente ausentes como por ejemplo:

- a) actitud permanente de desconfianza u hostilidad y hacia el mundo;
- b) aislamiento social
- c) sentimientos de vacío o desesperanza
- d) sentimiento permanente de "estar al límite", como si se estuviera constantemente amenazado y
- e) vivencia de extrañeza de sí mismo.

Esta transformación de la personalidad debe haber estado presente por lo menos durante dos años y no debe poder ser atribuida a un trastorno de la personalidad preexistente o a un trastorno mental distinto del trastorno de estrés post traumático (F43.1). También debe descartarse la presencia de una enfermedad o de una lesión cerebral importante que pudieran dar lugar a manifestaciones clínicas similares.

Incluye: transformación de la personalidad tras experiencias de campo de concentración, desastres y catástrofes, cautiverio prolongado con peligro inminente de ser ejecutado, exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida como ser víctima de un acto terrorista o de torturas

Excluye: trastorno de estrés post traumático

F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica

Se trata de una transformación de la personalidad atribuible a la experiencia traumática de sufrir una enfermedad psiquiátrica grave. Los cambios no puede 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.

Pautas para el diagnóstico

La transformación de la personalidad debe ser persistente y manifestarse como un modo rígido y desadaptativo de la manera de vivenciar y comportarse que llevan a un deterioro a largo plazo (personal, social o laboral), así como a un malestar subjetivo. No debe estar presente un trastorno de personalidad preexistente que pueda explicar el cambio de la personalidad y el diagnóstico no debe basarse en un síntoma residual de un trastorno mental previo. La transformación de la personalidad tiene que haber surgido tras la recuperación clínica de un trastorno mental que se debe haber vivenciado como extremadamente estresante y devastador para la imagen de sí mismo. Las actitudes o reacciones de otras personas hacia el enfermo después de la enfermedad son importantes para determinar y reforzar los niveles de estrés percibidos por la persona. Este tipo de transformación de la personalidad no puede ser comprendido totalmente sin tener en consideración la experiencia emocional subjetiva y la personalidad previa, sus formas de adaptación y sus factores de vulnerabilidad específicos.

Para poder hacer este diagnóstico, la transformación de la personalidad debe manifestarse por rasgos clínicos como los siguientes:

- a) excesiva dependencia y demandas de terceras personas
- b) convicción de estar cambiado o estigmatizado por la enfermedad precedente, lo que da lugar a una incapacidad para formar y mantener relaciones personales de confianza y a un aislamiento social
- c) pasividad, reducción de los intereses y de la participación en entretenimientos
- d) quejas constantes de estar enfermo que pueden acompañarse de demandas hipocondriacas y comportamiento de enfermedad
- e) humor disfórico o lábil, no debido a un trastorno mental presente o previo con síntomas afectivos residuales y
- f) deterioro significativo del rendimiento social y ocupacional.

Las manifestaciones arriba señaladas deben haber estado presentes durante un período de por lo menos dos años. La transformación no puede ser atribuida a una enfermedad o lesión cerebral importante. Un diagnóstico previo de esquizofrenia no excluye el diagnóstico.

F62.8 Otras transformaciones persistentes de la personalidad

Incluye: trastorno de la personalidad persistente tras experiencias no mencionadas en F62.0 y F62.1 tales como el trastorno de la personalidad en el dolor crónico (psicosíndrome algógeno) y transformación persistente de la personalidad por duelo

F62.9 Transformación persistente de la personalidad sin especificación

F63 TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DEL CONTROL DE LOS 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 y que generalmente dañan los intereses del propio enfermo y de los demás. El enfermo suele decir que el comportamiento se acompaña de impulsos a la acción que no pueden ser controlados. La etiología de estos trastornos no está clara y se agrupan juntos debido a las grandes semejanzas descriptivas, pero no porque se sepa que comparten cualquier otro rasgo importante. Por convención se excluyen de este apartado los trastornos de consumo de alcohol u otras sustancias psicótropas ([F10 F19](#)) y los trastornos de impulsos y hábitos que afectan al comportamiento sexual ([F65](#)) y a la conducta alimentaria (F58).

F63.0 Ludopatía

Este trastorno consiste en la presencia de frecuentes y reiterados episodios de juegos de apuestas, los cuales dominan la vida del enfermo en perjuicio de los valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares del mismo.

Los afectados por este trastorno pueden arriesgar su empleos, acumular grandes deudas, mentir o violar la ley para obtener dinero o evadir el pago de sus deudas. Los enfermos describen la presencia de un deseo imperioso e intenso a jugar que es difícil de controlar, junto con ideas e imágenes insistentes del acto del juego y de las circunstancias que lo rodean. Estas preocupaciones e impulsos suelen aumentar en momentos en los que la vida se hace más estresante.

Este trastorno es también llamado juego compulsivo, pero este término es menos adecuado debido a que el comportamiento no es compulsivo en el sentido técnico ni el trastorno está relacionado con los trastornos obsesivo compulsivos.

Pautas para el diagnóstico

El rasgo esencial es la presencia de:

- a) un jugar apostando de un modo persistente y reiterado que persiste y a menudo se incrementa a pesar de sus consecuencias sociales adversas tales como pérdida de la fortuna personal, el deterioro de las relaciones familiares y situaciones personales críticas.

Incluye: Juego compulsivo juego patológico ludomanía

Diagnóstico diferencial

La ludopatía debe distinguirse del:

- a) Juego social habitual (Z72.6, se trata de personas que frecuentemente apuestan por la emoción o en un intento de hacer dinero y es probable que pudieran dominar y detener su hábito si se enfrentaran a fuertes pérdidas u otros efectos adversos del juego)
- b) Juego excesivo en enfermos maníacos (F30) y
- c) Juego en el trastorno disocial de la personalidad (F60.2) (en este caso los individuos presentan una alteración más persistente y generalizada del comportamiento social, puesta de manifiesto por actos que son agresivos o que demuestran de otra manera una clara falta de preocupación por el bienestar y los sentimientos de los demás).

F63.1 Piromanía

Se trata de un comportamiento caracterizado por la reiteración de actos o intentos de prender fuego a las propiedades u otros objetos, sin motivo aparente junto con una insistencia constante sobre temas relacionados con el fuego y la combustión. Estas personas pueden estar también interesadas de un modo anormal por coches de bomberos u otros equipos de lucha contra el fuego, con otros temas relacionados con los incendios y en hacer llamadas a los bomberos.

Pautas para el diagnóstico

Los rasgos esenciales son:

- a) Prender fuego repetidamente sin motivo aparente, tal como sería obtener una ganancia monetaria, venganza o extremismo político.
- b) Intenso interés en observar la combustión del fuego y
- c) La referencia a sentimientos de aumento de tensión antes del acto y de una excitación emocional intensa inmediatamente después de que se ha llevado a cabo.

Diagnóstico diferencial

la piromanía debe diferenciarse de:

- a) Incendio deliberado provocado por una persona normal (Z03.2, observación por sospecha de trastorno mental, en cuyo caso hay motivos obvios)
- b) Incendio provocado por un joven con un trastorno disocial (F91.1)

(evidencia de otros trastornos del comportamiento como robar, agresiones o novillos)

c) Incendio provocado por un adulto con un trastorno disocial de la personalidad ([F60.2](#)) (evidencia de otra alteración persistente del comportamiento social como agresiones u otros indicadores de despreocupación por los intereses y sentimientos de los demás);

d) Incendio provocado por un esquizofrénico ([F20](#)) (en estos casos es característico que el incendio sea la consecuencia de ideas delirantes u órdenes de voces alucinatorias) y

e) Incendio accidental en los trastornos psiquiátricos orgánicos ([F00 F09](#)) (en estos casos el fuego empieza accidentalmente como resultado de un estado confusional, de una amnesia, de una falta de previsión sobre las posibles consecuencias del acto, o como una combinación de estos factores. La demencia y los estados orgánicos agudos pueden desencadenar incendios inadvertidos de este tipo. Son otras causas análogas la embriaguez aguda, el alcoholismo crónico y las intoxicaciones por sustancias psicótropas ([F10 F19](#)).

F63.2 Cleptomanía

Se trata de un trastorno que se caracteriza porque el individuo reiteradamente fracasa en el intento de resistir los impulsos de robar objetos que no se utilizan para un uso personal o por fines lucrativos. Por el contrario los objetos pueden desecharse, regalarse o esconderse.

Pautas para el diagnóstico

El enfermo suele describir la presencia de una sensación de tensión emocional antes del acto y una sensación de gratificación durante e inmediatamente después. A pesar de que suele llevarse a cabo un cierto esfuerzo por esconderse, no se aprovechan todas las ocasiones para hacerlo. El robar es un acto solitario, que no se lleva a cabo con cómplices. El enfermo puede presentar entre los episodios de robar en las tiendas (u otros locales) ansiedad, abatimiento y culpabilidad, lo que no impide su repetición. Los casos que abarca esta descripción y que no son secundarios a uno de los trastornos citados abajo, son poco frecuentes.

Diagnóstico diferencial

La cleptomanía debe distinguirse de:

a) los hurtos recurrentes en tiendas en ausencia de trastorno mental manifiesto ([Z03.2](#) observación por sospecha de trastorno mental. En estos casos los actos están planeados con mayor cuidado y hay un motivo obvio de ganancia personal)

b) trastorno mental orgánico ([F00 F09](#)) (en cuyo caso hay un olvido

reiterado de pagar los objetos como consecuencia de un deterioro de la memoria u otro tipo de deterioro intelectual) y

c) hurtos de los depresivos ([F30 F39](#)). Los enfermos depresivos que roban pueden hacerlo repetidamente mientras que persiste el trastorno depresivo).

F63.3 Tricotilomanía

Se trata de un 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 y se sigue de una sensación de alivio o gratificación. Este diagnóstico no debe hacerse 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: Movimiento estereotipados (de estirarse del pelo) ([F98.4](#))

F63.8 Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos

Esta categoría debe usarse para otras clase de comportamiento desadaptativo repetido y persistent, no secundario a un síndrome psiquiátrico reconocido y en el cual el enfermo fracasa repetidamente en su intento de resistirse a los impulsos de llevarlo a cabo. Además hay un período prodrómico de tensión y un sentimiento de alivio en el momento de realizar el acto.

Incluye: trastorno explosivo intermitente

F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación

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 lo más posible con el sexo preferido.

Pautas para el diagnóstico

La identidad transexual debe haber estado presente constantemente por lo menos durante dos años y no ser un síntoma de otro trastorno mental, como esquizofrenia, o acompañar a cualquier anomalía intersexual, genética o de los cromosomas sexuales.

F64.1 Transvestismo no fetichista

Consiste en llevar ropas del sexo opuesto durante una parte de la propia existencia 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 y menos aún de ser sometido a una intervención quirúrgica para ello. Debe ser distinguido del transvestismo fetichista, en el que hay una excitación sexual acompañando a estas experiencias de cambio de vestido
Incluye: trastorno de la identidad sexual en la adolescencia o en la edad adulta de tipo no transexual

Excluye: transvestismo fetichista

F64.2 Trastorno de la identidad sexual en la infancia

Se trata de trastornos que suelen manifestarse por primera vez durante la primera infancia (siempre mucho antes de la pubertad) caracterizados por un malestar intenso y persistente debido al sexo propio, junto al deseo (o insistencia) de pertenecer al sexo opuesto. Hay una preocupación constante con el vestido o las actividades del sexo opuesto o un rechazo hacia el propio sexo. Se cree que estos trastornos son relativamente raros y no deben confundirse con la falta de conformidad con el papel sexual socialmente aceptado, que es mucho más frecuente. El diagnóstico del trastorno de la identidad sexual en la infancia 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. El diagnóstico no puede realizarse cuando el individuo ha alcanzado la pubertad. Debido a que el trastorno de identidad sexual en la infancia tiene muchos rasgos en común con otros trastornos de la identidad de esta sección, se ha considerado más conveniente clasificarlo en [F64](#), en lugar de [F90 F98](#).

Pautas para el diagnóstico

La característica diagnóstica esencial es el deseo general y persistente del enfermo de ser (o insistencia de que se es) del sexo opuesto al propio, junto a un intenso rechazo del comportamiento, atributos y atuendos del mismo. Se manifiesta por primera vez durante los años pre escolares. Para poder ser diagnosticado debe haber aparecido antes de la pubertad. En ambos sexos puede existir, aunque es muy raro el rechazo de las estructuras anatómicas del propio sexo. Lo más típico es que los niños con un trastorno de la identidad sexual nieguen sentirse afectados por el, aunque pueden sentir malestar debido al conflicto generado por las expectativas de su familia o compañeros y por las burlas o rechazo al cual pueden estar sometidos.

Estos trastornos han sido mejor estudiados en chicos que en chicas. Lo más característico es que desde los años de pre escolar los chicos se interesan por juegos y otras actividades que corrientemente se asocian con mujeres y suele haber una preferencia por vestirse con atuendos femeninos. Sin embargo, este transvestismo no es causa de excitación sexual (a diferencia del transvestismo fetichista en adultos, [F65.1](#)). Puede existir un intenso deseo de participar en los juegos y pasatiempos de las chicas y, las muñecas son un juguete favorito y por lo general prefieren a las chicas como compañeros de juego. El ostracismo social tiende a presentarse durante los primeros años de la escolarización y tiende a alcanzar su

máximo en la segunda infancia con la presencia de bromas humillantes por parte de los compañeros. El comportamiento abiertamente femenino pueden disminuir durante la adolescencia temprana pero los estudios de seguimiento demuestran que de 1/3 a 2/3 de los chicos con un trastorno de la identidad sexual en la infancia presentan una orientación homosexual durante la adolescencia y después de ella. Sin embargo, muy pocos presentan transexualismo en la vida adulta (aunque muchos adultos con transexualismo refieren haber presentado problemas de identidad sexual en la infancia).

En estudios clínicos, los trastornos de la identidad sexual son menos frecuentes en chicas que en chicos pero no se sabe si esta proporción se mantiene en la población general. Tanto en chicas como en el caso de los chicos, existe a menudo un interés temprano hacia formas de conducta características del sexo opuesto. Las chicas con este trastorno suelen tener compañeros de juego masculinos y demuestran un ávido interés en deportes y juegos rudos. En cambio no demuestran interés en muñecas o por representar papeles femeninos en juegos tales como "papás y mamás" o "las casitas". Las chicas con un trastorno de la identidad sexual tienden a no padecer el mismo grado de ostracismo social que los chicos, aunque pueden padecer burlas en la infancia tardía y la adolescencia. La mayoría abandonan su insistencia exagerada por actividades y atuendos masculinos a medida que se acercan a la adolescencia pero mantienen una identificación masculina y continúan presentando una orientación homosexual en la vida adulta.

En raras ocasiones un trastorno de la identidad sexual puede presentarse asociado un rechazo persistente de las estructuras anatómicas del sexo propio. En chicas este hecho se puede poner de manifiesto por afirmaciones repetidas de que tienen o va a crecerles un pene, por un rechazo a orinar en posición sentada o por la afirmación de que no quieren que les crezcan los pechos o les aparezca la menstruación. Este trastorno puede manifestarse en chicos por afirmaciones repetidas de que su desarrollo somático será el de una mujer, de que el pene y los testículos son repugnantes o que desaparecerán o que sería mejor no tener pene o testículos.

Excluye: orientación sexual egodistónica ([F66.1](#)) trastornos de la maduración sexual

F64.8 Otros trastornos de la identidad sexual

F64.9 Trastornos de la identidad sexual sin especificación

Incluye: trastorno del papel sexual sin especificación

F65 TRASTORNOS DE LA INCLINACION SEXUAL

Incluye: parafilias

Excluye: problemas asociados con la orientación sexual

F65.0 Fetichismo

Consiste en la dependencia de algún objeto inerte como estímulo para la excitación y la gratificación sexuales. 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 situación sexual conseguida por medios ordinarios (por ejemplo, haciendo que la pareja lleve una determinada vestimenta).

Pautas para el diagnóstico

El fetichismo se diagnosticará sólo si el fetiche es la fuente más importante de estimulación sexual o si es esencial para la respuesta sexual satisfactoria.

Las fantasías fetichistas son frecuentes, pero no configuran un trastorno a no ser que lleven a rituales que sean tan apremiantes e inaceptables como para interferir con la relación sexual y causar un malestar individual.

El fetichismo se presenta casi exclusivamente en varones.

F65.1 Transvestismo fetichista

Consiste en llevar ropas del otro sexo con el objetivo principal de obtener excitación sexual.

Pautas para el diagnóstico

Este trastorno debe distinguirse del fetichismo simple en el sentido de que los objetos fetichistas o las ropas no sólo se llevan, sino que se llevan para crear la apariencia de ser una persona del sexo opuesto. Normalmente se lleva más de un artículo y a menudo una vestimenta completa incluso con peluca y maquillaje. El transvestismo fetichista se distingue del transvestismo 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 declina. Generalmente en los transexuales hay antecedentes de transvestismo fetichista como fase anterior y probablemente en estos casos representa una etapa del desarrollo del transexualismo.

Incluye: fetichismo transvestista

F65.2 Exhibicionismo

Consiste en una 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. Normalmente, aunque no siempre, suele haber una excitación sexual durante el período de la exposición y el acto suele terminar en una masturbación. Esta tendencia puede dar lugar a un comportamiento que se manifiesta sólo en períodos de crisis o de tensiones emocionales, separados por otros períodos en los cuales está ausente el comportamiento exhibicionista.

Pautas para el diagnóstico

El exhibicionismo se limita prácticamente a varones heterosexuales, que se exhiben a mujeres adultas o adolescentes, normalmente confrontándolas, desde una distancia de

seguridad, en lugares públicos. Para algunos el exhibicionismo es su única descarga sexual, pero otros simultanean este comportamiento con una vida sexual activa, con relaciones de larga duración, a pesar de que sus impulsos exhibicionistas pueden ejercer una mayor presión en momentos de conflicto en sus relaciones. La mayoría de los exhibicionistas encuentran que sus impulsos son difíciles de controlar y son vivenciados como propios. Si el testigo se sorprende, asusta o impresiona, suele aumentar la excitación del exhibicionista.

F65.3 Escoptofilia (voyeurismo)

Se trata de una tendencia persistente o recurrente a mirar a personas comprometidas en una actividad sexual o íntima, como desnudarse, lo que lleva normalmente a una excitación sexual y a una masturbación, que se realiza sin que se sea observado por las otras personas.

F65.4 Paidofilia

Se trata de una preferencia sexual por los niños, normalmente de edad prepuberal o de la pubertad temprana. Algunos de los afectados sienten atracción únicamente por la chicas, otros únicamente por los chicos y otros están interesados por ambos sexos.

La paidofilia se presenta raramente en mujeres. Los contactos entre adultos y adolescentes sexualmente maduros es algo socialmente reprobado, en especial si los que intervienen son del mismo sexo, pero esto no se acompaña necesariamente de una paidofilia. Un incidente aislado, en especial si el que lo lleva a cabo es un adolescente, no es signo de la presencia de la tendencia persistente o predominante que se requiere para el diagnóstico. No obstante, entre los afectados de paidofilia, hay varones que manifiestan una preferencia por una relación de pareja sexual adulta, pero que debido a que hay reiteradas frustraciones en sus intentos de contactos adecuados, los han sustituido una manera habitual por niños. Los varones que abusan sexualmente de sus propios hijos prepuberales suelen abordar en ocasiones también a otros niños, pero en ninguno de estos casos hay nada más en su comportamiento que sugiera una paidofilia.

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 actividades sádicas como de masoquistas.

Es frecuente que se utilicen en grados leves de estimulación sadomasoquista para potenciar una actividad sexual que por lo demás sería normal. Esta categoría debe ser únicamente utilizada si la actividad sadomasoquista es la fuente más importante para la estimulación o si es necesaria para la gratificación sexual.

El sadismo sexual es difícil de distinguir de la crueldad en situaciones sexuales o de la cólera no relacionada con el erotismo. El diagnóstico puede hacerse con claridad cuando la violencia es necesaria para la excitación sexual.

Incluye: masoquismo sadismo

F65.6 Trastornos múltiples de la inclinaciones sexual

Se incluyen aquí los casos de personas con más de un trastorno de la inclinación sexual pero ninguno de ellos predomina. La combinación más frecuente es la de fetichismo, transvestismo y sadomasoquismo.

F65.8 Otros trastornos de la inclinación sexual

Se incluyen aquí diferentes formas de inclinaciones sexuales y actividades consiguientes que son todos ellos relativamente poco frecuentes. Entre ésta están el hacer llamadas telefónicas obscenas, el frotarse contra otras personas para conseguir una estimulación sexual ("froteurismo"), el intentarlo con animales ("bestialismo"), el emplear la estrangulación o anoxia para intensificar la excitación sexual y una preferencia por parejas con alguna anomalía anatómica especial, como un miembro amputado.

Las practicas 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 ingestión de la orina, el untarse excrementos o perforarse el prepucio o los pezones, pueden formar parte del repertorio sadomasoquista. Son frecuentes los rituales de masturbación de varios tipos, 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 otros tipos de contactos sexuales ordinarios, alcanzan el grado de lo anormal. La necrofilia debe también ser codificada en este apartado.

Incluye: froteurismo necrofilia

F65.9 Trastorno de la inclinación sexual sin especificación

Incluye: Desviación sexual sin especificar

F66 TRASTORNOS PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO DEL DESARROLLO Y ORIENTACION SEXUALES

Nota: la orientación sexual en sí misma no se considera un trastorno.

Los siguientes códigos de cinco caracteres pueden ser usados conjuntamente con las categorías más arriba mencionadas para indicar variaciones del desarrollo y orientación sexual que pueden ser problemáticas para el individuo.

F66.x0 heterosexualidad

F66.x1 homosexualidad

F66.x2 bisexualidad(sólo debe ser utilizado cuando hay una clara evidencia de atracción sexual hacia miembros de ambos sexos)

F66.x8 otra, incluyendo las prepuberales

F66.0 Trastorno de la maduración sexual

El enfermo tiene una falta de claridad sobre su identidad genérica o de su orientación sexual, lo cual le produce ansiedad o depresión. Este trastorno se presenta con mayor frecuencia en adolescentes que no están seguros sobre 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 pone en duda, pero debido a la presencia de trastornos psicógenos o comportamentales, el individuo desea que fuera diferente, lo que puede llevarle a buscar tratamiento con el fin de cambiarlo.

F66.2 Trastorno de la relación sexual

El trastorno de la identidad genérica o de inclinación sexual es responsable de dificultades para formar o mantener una relación de pareja.

F66.8 Otros trastornos del desarrollo psicosexual

F66.9 Trastorno del desarrollo psicosexual sin especificación

F68 OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO

F68.0 Elaboración psicológica de síntomas somáticos

Se trata de un trastorno en el que síntomas somáticos compatibles con un trastorno, enfermedad o incapacidad física confirmadas y originalmente debidos a uno de ellos, son exagerados o prolongados debido al estado psicológico del enfermo. Así se desarrolla un síndrome comportamental de búsqueda de atención (histriónico) que a menudo incluye también quejas que no son de origen somático (y por lo general no específicas). El dolor o la incapacidad física producen malestar y a menudo preocupación, a veces justificada, por la posibilidad de padecer un dolor o incapacidad prolongados o progresivos. El trastorno puede justificarse a ojos del que lo padece por la insatisfacción con el resultado del tratamiento o investigaciones realizados 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 litigio ha sido exitoso.

Incluye: neurosis de renta

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 y consistente, en ausencia de un trastorno, enfermedad o incapacidad somática o mental confirmados. En el plano somático el enfermo puede producirse a sí mismo cortes o erosiones para sangrar o inyectarse a sí mismo sustancias tóxicas. La simulación del dolor y la insistencia sobre el hecho de la presencia de sangre puede ser tan convincente y persistente que conduzca a investigaciones e intervenciones repetidas en varios hospitales o consultas diferentes, a pesar de la obtención de hallazgos negativos repetidos.

La motivación de este comportamiento es casi siempre oscura y es presumiblemente íntima y la mejor interpretación de este cuadro es la de un trastorno caracterizado por conducta de enfermedad y buscadora de un papel de enfermo. Los enfermos con este comportamiento presentan a menudo signos de otras anomalías marcadas de la personalidad y de las relaciones con los demás.

La simulación, definida como la producción intencional o el fingimiento de síntomas o incapacidades somáticas o psicológicas motivadas por incentivos o estrés externo, debe ser codificada de acuerdo con los epígrafes Z76.5, y no mediante los códigos de este tomo V (F) de la CIE 10. Entre los motivos externos más frecuentes para la simulación están el eludir acciones de la justicia, el obtener drogas ilegales, el evitar el reclutamiento o deberes militares peligrosos y los intentos de obtener compensaciones por enfermedad o mejores condiciones de vida, tales como obtención de vivienda. La situación es frecuente en los ambientes legales y militares y poco frecuente en la vida civil ordinaria.

Incluye: síndrome de Münchhausen sin especificar "paciente peregrinante"

Excluye: simulación (Z76.5) dermatitis artefacta (L98.1) Münchhausen por poderes (malos tratos en la infancia, (T74.8) síndrome de malos tratos en la infancia (T74.1)

F68.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto especificados

Esta categoría debe usarse para codificar cualquier trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos que no pueda ser encuadrado en ningún otro de los apartados precedentes.

Incluye: trastorno del carácter sin especificar trastorno de la relación sin especificar

F69 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO SIN ESPECIFICACION

Se debe usar este código como último recurso, si se asume la presencia de un trastorno de la personalidad y del comportamiento en un adulto, pero se carece de información que permita su diagnóstico en una categoría específica.

F70-79 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](#)

Cuarto carácter para especificar la extensión del deterioro añadido del comportamiento:

[F7x.0 con deterioro del comportamiento mínimo o ausente](#)

[F7x.1 con deterioro del comportamiento importante que requiere atención o tratamiento](#)

[F7x.8 con otros deterioros del comportamiento](#)

[F7x.9 sin alusión al deterioro del comportamiento](#)

Introducción

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

F7x.0 sin deterioro del comportamiento o con deterioro mínimo

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

F7x.8 con otro deterioro del comportamiento

F7x.9 sin alusión al deterioro del comportamiento

Si la causa del trastorno mental es conocida hay que añadir un código adicional de la CIE 10 (por ejemplo, [F72](#), retraso mental grave + E00, síndrome congénito de déficit de yodo). La presencia de retraso mental no descarta otros diagnósticos adicionales de este tomo V (F). Sin embargo, las dificultades de comunicación con estos enfermos hacen necesario para hacer el diagnóstico, confiar más de lo habitual en los síntomas objetivos tales como, en el caso de un episodio depresivo, la inhibición psicomotriz, la disminución del apetito y del peso y los trastornos del sueño.

Pautas para el diagnóstico

La inteligencia no es una función unitaria, sino que ha de ser evaluada a partir de un gran número de capacidades más o menos específicas. Aunque la tendencia general es a que esas capacidades más o menos específicas tengan en cada individuo un nivel de desarrollo equiparable, pueden presentarse discrepancias profundas, en especial en los casos en los que existe un retraso mental. Algunos enfermos pueden presentar déficits graves en un área concreta (por ejemplo, el lenguaje) o una capacidad mayor en un área particular (por ejemplo, en tareas viso espaciales simples), a pesar de un retraso mental profundo. Este hecho da lugar a problemas a la hora de determinar la categoría diagnóstica a que pertenece la persona retrasada. La determinación del grado de desarrollo del nivel intelectual debe basarse en toda la información disponible, incluyendo las manifestaciones clínicas, el comportamiento adaptativo propio al medio cultural del individuo y los hallazgos psicométricos.

Para un diagnóstico definitivo deben estar presentes un deterioro del rendimiento intelectual, que da lugar a una disminución de la capacidad de adaptarse a las exigencias cotidianas del entorno social normal. Los trastornos somáticos o mentales asociados tienen una gran repercusión en el cuadro clínico y en el rendimiento. La categoría diagnóstica elegida debe, por tanto, basarse en la evaluación de la capacidad global, al margen de cualquier déficit de un área o de una capacidad concretas. A continuación, y a modo de una guía que no debe ser aplicada de una manera rígida debido a los problemas de la validez transcultural, se mencionan los cocientes intelectuales correspondientes a cada categoría. Estas son divisiones arbitrarias de un espectro complejo y no pueden ser definidas con absoluta precisión. El C.I. debe determinarse mediante la aplicación individual de tests de inteligencia estandarizados y adaptados a la cultura del enfermo. Los tests adecuados deben seleccionarse de acuerdo con el nivel de funcionamiento individual y las invalideces concretas adicionales, por ejemplo, por tener en cuenta posibles problemas de la expresión del lenguaje, sordera y otros defectos físicos. Las escalas de madurez social y de adaptación aportan una información suplementaria siempre y cuando estén adaptados a la cultura del enfermo y pueden completarse con entrevistas a los padres o a las personas que cuidan a estos enfermos y que conocen la capacidad del enfermo para la actividad cotidiana. Sin la aplicación de métodos estandarizados, el diagnóstico del tipo de retraso mental debe ser considerado como provisional.

F70 Retraso mental leve

Los individuos afectados de retraso mental leve adquieren tarde el lenguaje, pero la mayoría alcanzan la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana, de mantener una conversación y de ser abordados en una entrevista clínica. La mayoría de los afectados llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse, controlar los esfínteres), para actividades prácticas y para las propias de la vida doméstica, aunque el desarrollo tenga lugar de un modo considerablemente más lento de lo normal. Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares y muchos tienen problemas específicos en lectura y escritura. Sin embargo, las personas ligeramente retrasadas pueden beneficiarse de una educación diseñada de un modo específico para el desarrollo de los componentes de su inteligencia y para la compensación de sus déficits. La mayoría de los que se encuentran en los límites superiores del retraso mental leve pueden desempeñar trabajos que requieren aptitudes de tipo práctico, más que

académicas, entre ellas los trabajos manuales semicualificados. En un contexto sociocultural en el que se ponga poco énfasis en los logros académicos, cierto grado de retraso leve puede no representar un problema en sí mismo. Sin embargo, si existe también una falta de madurez emocional o social notables, pueden presentarse consecuencias del déficit, por ejemplo, para hacer frente a las demandas del matrimonio o la educación de los hijos o dificultades para integrarse en las costumbres y expectativas de la propia cultura. En general las dificultades emocionales, sociales y del comportamiento de los enfermos con retraso mental leve, así como las necesidades terapéuticas y de soporte derivadas de ellos están más próximas a las que necesitan las personas de inteligencia normal, que a los problemas específicos propios de los enfermos con retraso mental moderado o grave.

Pautas para el diagnóstico

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

F71 Retraso mental moderado

Los individuos incluidos en esta categoría presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en este área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también están retrasadas, de tal manera que algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente. Aunque los progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo. Los programas educativos especiales pueden proporcionar a estos afectados la oportunidad para desarrollar algunas de las funciones deficitarias y son adecuados para aquellos con un aprendizaje lento y con un rendimiento bajo. De adultos, las personas moderadamente retrasadas suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y se les supervisa de un modo adecuado. Rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta. Sin embargo, por lo general, estos enfermos son físicamente activos y tienen una total capacidad de movimientos. La mayoría de ellos alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples.

Pautas para el diagnóstico

El C.I. está comprendido entre 35 y 49. En este grupo lo más frecuente es que haya discrepancias entre los perfiles de rendimiento y así hay individuos con niveles más altos para tareas viso espaciales que para otras dependientes del lenguaje, mientras que otros son marcadamente torpes, pero son capaces de participar en relaciones sociales o conversaciones simples. El nivel de desarrollo del lenguaje es variable, desde la capacidad para tomar parte en una conversación sencilla hasta la adquisición de un lenguaje sólo

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

F72 Retraso mental grave

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

Pautas para el diagnóstico

El C.I. está comprendido entre 20 y 34.

Incluye: subnormalidad mental grave oligofrenia grave

F73 Retraso mental profundo

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

Pautas para el diagnóstico

El C.I. es inferior a 20. La comprensión y la expresión del lenguaje, se limitan, en el mejor de los casos, a la comprensión de órdenes básicas y a hacer peticiones simples. Pueden adquirir las funciones viso espaciales más básicas y simples como las de comparar y ordenar, y ser capaces, con una adecuada supervisión y guía, de una pequeña participación en las tareas domésticas y prácticas. En la mayoría de los casos puede ponerse de manifiesto una etiología orgánica. Lo mas frecuente es que se acompañen de déficits somáticos o neurológicos graves que afectan a la motilidad, de epilepsia o de déficits visuales o de

audición. También es muy frecuente la presencia de trastornos generalizados del desarrollo en sus formas más graves, en especial de autismo atípico, sobre todo en aquellos casos que son capaces de caminar.

Incluye: idiocia subnormalidad mental profunda oligofrenia profunda

F78 Otro retraso mental

Esta categoría debe usarse sólo cuando la evaluación del grado de retraso intelectual es especialmente difícil o imposible de establecer mediante los procedimientos habituales debido a la presencia de déficits sensoriales o físicos tales como ceguera, sordomudez y en personas con trastornos graves del comportamiento e incapacidad física.

F79 Retraso mental sin especificación

En estos casos hay evidencia de un retraso mental, pero con información insuficiente como para asignar al enfermo a una de las categorías anteriores.

Incluye: deficiencia mental sin especificación subnormalidad mental sin especificación oligofrenia sin especificación

F80-89 TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO

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

84.0 Autismo infantil

F84.1 Autismo atípico

F84.2 Síndrome de Rett

F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia

F84.4 Trastorno hiperactivo 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.

Introducción

Los trastornos incluidos en F80 F89 tienen en común las siguientes características:

- 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 que no se ve afectado por las remisiones y recaídas que

tienden a ser características de muchos trastornos mentales.

En la mayoría de los casos las funciones afectadas son el lenguaje, el rendimiento de las funciones viso espaciales o de coordinación de movimientos.

Lo característico es que el deterioro disminuya progresivamente a medida que los niños crecen (aunque en la vida adulta suelen persistir déficits leves). La historia suele ser la de un retraso o deterioro que ha estado presente desde el momento en que sus manifestaciones fueron detectados de forma fiable y sin que haya habido un período anterior de desarrollo normal. La incidencia de la mayoría de estos trastornos es muy superior en los chicos que en las chicas. También son característicos antecedentes familiares de trastornos iguales o parecidos y en la etiología de muchos, pero no todos los casos, se presupone que los factores genéticos juegan un papel importante. A menudo los factores ambientales influyen en el grado de desarrollo de las funciones afectadas, pero en la mayoría de los casos no tienen mayor influencia. Sin embargo, aunque hay un acuerdo general para el conjunto de la definición de los trastornos de esta sección, en la mayoría de los casos la etiología es desconocida y aún hay mucha incertidumbre tanto para delimitarlos como para subdividirlos. Por otra parte, hay dos tipos de categorías incluidas en esta sección que no satisfacen plenamente las pautas de la definición general citada. Así, hay trastornos en los que indudablemente ha existido una fase anterior de desarrollo normal, tales como el trastorno desintegrativo de la infancia, el síndrome de Landau Kleffner y ciertos casos de autismo. Estos trastornos se incluyen aquí porque aunque su forma de comienzo es diferente, sus características y curso tienen muchas semejanzas con trastornos del desarrollo en general y además no se sabe si son o no diferentes desde el punto de vista etiológico. Por otra parte, hay trastornos que están definidos primariamente en términos de desviación más que de retraso en el desarrollo de las funciones. Esto último se refiere en especial al autismo. Los trastornos autísticos se incluyen en esta sección porque, aunque definidos en términos de desviación, es constante en ellos un cierto grado de retraso en el desarrollo. Más aún, existe un solapamiento con los otros trastornos del desarrollo, tanto en los rasgos de los casos aislados como en las formas como se agrupan en familias.

F80 TRASTORNOS ESPECIFICOS 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. Aunque el niño pueda ser capaz de comprender y comunicarse en ciertas situaciones muy familiares, más que en otras, la capacidad de lenguaje es deficitaria en todas las circunstancias.

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta que, como en otros trastornos del desarrollo, la mayor dificultad diagnóstica estriba en diferenciarlo de las variaciones normales del desarrollo. La población normal infantil varía ampliamente en cuanto a la edad en que se adquiere el lenguaje hablado y al momento en el cual quedan firmemente establecidas las funciones del lenguaje. Pequeñas variaciones son de escasa o nula significación clínica, ya que la mayoría de los niños que tardan en empezar a hablar terminan por adquirir un nivel normal de desarrollo.

Por el contrario, en los niños con trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje, aunque la mayoría llegue a adquirir un nivel normal del lenguaje, se presentan múltiples problemas concomitantes. El retraso del desarrollo del lenguaje suele acompañarse de dificultades para la lectura y para la ortografía, de anomalías en las relaciones personales y de trastornos emocionales y del comportamiento. Por tanto, es importante un diagnóstico precoz y exacto de los trastornos específicos del habla y del lenguaje. No existe una separación clara entre los extremos de una variación normal, pero cuatro pautas principales pueden ser útiles para hacer sospechar la existencia de un trastorno clínicamente significativo: la gravedad; la evolución, el tipo y los problemas concomitantes. Como regla general, un retraso en el desarrollo del lenguaje que es lo suficientemente grave como para superar los límites de dos desviaciones estándar, puede ser considerado como anormal. La mayoría de los casos de esta gravedad tienen problemas concomitantes. El nivel de gravedad en términos estadísticos es, no obstante, de escasa utilidad diagnóstica en los niños de mayor edad, pues existe una tendencia natural a mejorar progresivamente. En esta situación el curso es un indicador útil. Si el nivel de deterioro presente es leve pero, no obstante, hay antecedentes de un deterioro grave, lo probable es que el grado funcional presente sea la secuela de un trastorno significativo, más que simplemente de una variación normal. Debe prestarse atención al tipo de expresión verbal del lenguaje. Si es anormal (por ejemplo, si sus características implican una desviación y no sólo la presencia de un tipo adecuado en una fase más temprana del desarrollo) o si el habla o lenguaje del niño presentan rasgos cualitativamente anormales, puede aceptarse la presencia de un trastorno clínicamente significativo. También, si un retraso de aspectos concretos del desarrollo del habla o del lenguaje se acompaña de déficits del aprendizaje escolar (retraso específico de la lectura y la ortografía), de anomalías en las relaciones personales o de trastornos emocionales o comportamentales, el retraso difícilmente podrá corresponder a una variación normal. La segunda dificultad diagnóstica estriba en diferenciar el retraso mental de un retraso generalizado del desarrollo, puesto que la inteligencia incluye también a las funciones verbales. Así, es probable que si el C.I. de un niño está muy por debajo de la media, de su lenguaje desarrollo estará también por debajo de la media. El diagnóstico de un retraso específico del desarrollo implica que este no guarda relación significativa con el nivel general de las funciones cognitivas. En consecuencia, cuando un retraso del lenguaje simplemente forma parte de un retraso mental más global o de un retraso más amplio del desarrollo no debe utilizarse un código de [F80](#) sino el de un retraso mental [F70 79](#). Sin embargo es frecuente que el retraso mental se acompañe de un rendimiento intelectual discordante, en especial con un grado de deterioro de lenguaje mayor que el deterioro presente en otras capacidades no verbales. Cuando esta disparidad sea tan intensa como para repercutir en la vida cotidiana debe diagnosticarse el trastorno específico del desarrollo del habla y del lenguaje añadido a un retraso mental [\(F70 79\)](#). La tercera dificultad se refiere a la diferenciación de un trastorno secundario a una sordera grave, a algunos trastornos neurológicos concretos o a alteraciones de ciertas estructuras anatómicas. La sordera grave en la primera infancia provoca prácticamente siempre, un retraso marcado y una distorsión del desarrollo del lenguaje. Este trastorno no debe incluirse aquí por ser consecuencia directa de una alteración de la audición. Sin embargo, no es extraño que la mayoría de los trastornos graves del desarrollo del lenguaje receptivo se acompañe de déficits parciales y selectivos de audición (especialmente para frecuencias elevadas). La pauta diagnóstica es que estos trastornos deben ser excluidos de [F80 F89](#) si la pérdida auditiva parcial es de una gravedad tal como para justificar el retraso del lenguaje, pero incluidos si no son una causa directa suficiente. Sin embargo, los límites de esta distinción no son definitivos ni fijos. Un principio similar puede aplicarse a los

trastornos neurológicos y las alteraciones de las estructuras anatómicas. Así, una anomalía de la articulación, consecuencia directa de una hendidura palatina o una disartria debida a una parálisis cerebral no deben ser incluidas en esta sección. Por otra parte, la presencia de signos neurológicos menores o que no hayan causado directamente el retraso del habla o del lenguaje, no constituyen motivo de exclusión.

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 nivel es normal para el resto de las funciones del lenguaje.

Pautas para el diagnóstico

La edad a la que se domina la pronunciación de los fonemas y el orden del desarrollo de la adquisición de los mismos, tiene variaciones individuales considerables.

Desarrollo normal: A los cuatro años de edad son normales errores en la pronunciación de los fonemas, pero el niño es capaz de hacerse comprender fácilmente por extraños. A los 67 años de edad ya se han adquirido la mayor parte de los fonemas, aunque pueden persistir dificultades para ciertas combinaciones de sonido, lo cual no implica problemas para la comunicación. A los 11 12 años el dominio de casi todos los fonemas es completo.

Desarrollo anormal: Tiene lugar cuando el niño adquiere los fonemas de un modo retrasado o desviado, lo que le lleva a pronunciar mal, con las consiguientes dificultades para hacerse comprender. Se presentan omisiones, distorsiones o sustituciones de los fonemas del habla e inconsistencias en la pronunciación de sonidos coincidentes (por ejemplo, el niño puede pronunciar correctamente fonemas en algunas posiciones de palabras pero no en otras).

El diagnóstico debe hacerse únicamente cuando la gravedad del trastorno de pronunciación excede los límites normales teniendo en cuenta la edad mental del niño, cuando la inteligencia no verbal está en un rango normal, cuando las funciones del lenguaje expresivo y receptivo estén dentro de los límites normales y, cuando las anomalías de la pronunciación no puedan ser directamente atribuidas a una anomalía sensorial, estructural o neurológica y cuando los fallos de la pronunciación sean claramente anormales en el contexto de los usos coloquiales del entorno socio cultural del niño. Incluye: trastorno del desarrollo de la articulación del lenguaje trastorno funcional de la articulación del lenguaje lambdacismo dislalia trastornos del desarrollo fonológico

Excluye: trastornos de la audición debidos a: Hendidura palatina u otras anomalías de las estructuras fonatorias implicadas en el habla (K35 38) Retraso mental ([F70 79](#)) Apraxia (R48.2) Disfasia o afasia sin especificación (R47.0) Déficit de la articulación que acompañan a trastornos del desarrollo de la expresión del lenguaje ([F80.1](#)) Déficit de la articulación que acompañan a trastornos del desarrollo de la recepción del lenguaje ([F80.2](#)) Pérdidas de la audición (H90 H91)

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.

Pautas para el diagnóstico

Aunque hay una considerable variación individual del desarrollo normal del lenguaje, la ausencia de la expresión de palabras simples (o aproximaciones de palabras) alrededor de los dos años y el fracaso en la elaboración de frases sencillas de dos palabras hacia los tres años, deben ser tomados como indicios significativos de un retraso. Más tarde se presenta una limitación del desarrollo del vocabulario, un recurso al uso excesivo de un escaso número de palabras generales, dificultades en la elección de las palabras adecuadas, la sustitución de unas palabras por otras, la utilización de frases cortas, la estructuración inmadura de las frases, errores sintácticos, en especial omisiones de sufijos o prefijos y errores u omisiones de elementos gramaticales concretos tales como preposiciones, pronombres, artículos, formas verbales y derivados de sustantivos. Pueden presentarse también generalizaciones incorrectas de reglas gramaticales y también una falta de fluidez de las frases o de la capacidad de ordenar adecuadamente en el tiempo acontecimientos pasados. Es frecuente que los déficits del lenguaje hablado se acompañen de retrasos o anomalías en la pronunciación de los fonemas que forman las palabras.

El diagnóstico debe hacerse únicamente cuando la gravedad del retraso del desarrollo del lenguaje expresivo exceda los límites de la variación normal y cuando la comprensión del lenguaje está dentro de los límites normales para la edad del niño (aunque a menudo el lenguaje receptivo puede estar en algunos aspectos por debajo de lo normal). El recurso a signos no verbales (sonrisas y gestos) y el lenguaje interior (imaginación y juegos de la fantasía) están relativamente intactos, así como la capacidad para la comunicación no verbal en sociedad. A pesar del déficit del lenguaje, el niño intenta comunicarse y tiende a compensar la carencia lingüística mediante el uso de expresiones demostrativas, de gestos, de la mímica y de vocalizaciones no lingüísticas. Sin embargo, no son raras las dificultades de las relaciones con los compañeros, los problemas emocionales, el comportamiento desorganizado o hiperactivo y déficits de la atención. En una pequeña parte de los casos puede presentarse una pérdida auditiva parcial (a menudo selectiva) concomitante, pero ésta no es de una gravedad suficiente como para justificar el retraso del lenguaje. La participación inadecuada en las conversaciones o una privación ambiental más general, pueden jugar un papel importante o contribuir significativamente a la génesis del trastorno de la expresión del lenguaje. Cuando éste es el caso, el factor ambiental causal debe especificarse con el código Z del capítulo XXI de la CIE 10 adecuado. El déficit en el lenguaje hablado ha tenido que estar presente desde la primera infancia, sin que haya existido una fase claramente duradera de uso normal del lenguaje (sin embargo no son raros los antecedentes de un primer uso aparentemente normal de algunas palabras aisladas, seguido por un retroceso o estancamiento de los progresos).

Incluye: disfasia o afasia del desarrollo (de tipo expresivo)

Excluye: disfasia o afasia del desarrollo de tipo receptivo ([F80.2](#)) trastornos generalizados

del desarrollo ([F84](#)) afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau Kleffner) ([F80.3](#)) mutismo selectivo ([F94.0](#)) retraso mental ([F70 F79](#)) disfasia o afasia sin especificación ([R47.0](#))

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.

Pautas para el diagnóstico

Deben tenerse en cuenta los siguientes indicios de retraso: un fracaso para responder a nombres familiares (en ausencia de claves no verbales) hacia el duodécimo mes de la vida y la incapacidad para reconocer los nombres de al menos algunos objetos corrientes a los 18 meses y para llevar a cabo instrucciones simples y rutinarias a la edad de dos años. Mas tarde se presentan otras dificultades, tales como incapacidad de comprensión de ciertas formas gramaticales (negativas, interrogativas, comparativas, etc.) y falta de comprensión de los aspectos más sutiles del lenguaje (tono de voz, gestos, etc.).

El diagnóstico debe hacerse sólo cuando la gravedad del retraso de la comprensión del lenguaje excede los límites de la variación normal para la edad del niño, cuando la inteligencia no verbal está dentro de los límites normales y cuando no se satisfacen las pautas del trastorno generalizado del desarrollo. En casi todos los casos está también retrasado de un modo muy importante el desarrollo de la expresión del lenguaje y son frecuentes las alteraciones de la pronunciación de los fonemas. De todas las variedades de trastornos específicos del desarrollo del habla y el lenguaje, ésta es la que más suele acompañarse de problemas sociales, emocionales y del comportamiento, los cuales no tienen ninguna forma específica, pero son relativamente frecuentes la hipercinesia y los déficits de atención, la inadaptación social y el aislamiento de los compañeros, la ansiedad, la hipersensibilidad y la excesiva timidez. Los niños que presentan las formas más graves de trastorno de la comprensión del lenguaje pueden presentar un cierto retraso de su desarrollo social, pueden imitar un lenguaje que no comprenden y pueden tener intereses muy limitados. Sin embargo, se diferencian de los niños autistas en que normalmente son capaces de participar en una interacción social y en representaciones lúdicas normales, de conseguir respuestas de los padres para satisfacer sus necesidades, de recurrir casi normalmente a la mímica y presentar sólo leves déficits en la comunicación no verbal. No es raro cierto grado de pérdida auditiva para los tonos altos, pero sin que el grado de sordera llegue a ser suficiente como para justificar el déficit del lenguaje.

Incluye: afasia o disfasia del desarrollo tipo receptivo sordera verbal agnosia auditiva congénita afasia del desarrollo de Wernicke

Excluye: afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau Kleffner, [F80.4](#)) autismo ([F84.0](#), [F84.1](#)) mutismo selectivo ([F94.0](#)) retraso mental ([F70 F79](#)) retraso del lenguaje secundario a sordera ([H90 H91](#)) disfasia o afasia sin especificación ([R47.0](#)) disfasia o afasia tipo expresivo ([R80.1](#)))

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 lenguaje, pero conserva la inteligencia general. La aparición del trastorno se acompaña de anomalías paroxísticas en el electroencefalograma (casi siempre en los lóbulos temporales, normalmente de un modo bilateral, pero con frecuencia con un trastorno disrítmico más generalizado) y en la mayoría de los casos también de ataques epilépticos. La aparición suele tener lugar entre los tres y los siete años de edad, pero puede tener lugar antes o después, durante la infancia. En la cuarta parte de los casos la pérdida de lenguaje tiene lugar de manera gradual durante un período de varios meses, pero lo más frecuente es que la pérdida sea brusca, en el curso de días o semanas. La relación temporal entre la aparición de los ataques y de la pérdida del lenguaje suele ser variable, precediendo unos a la otra o viceversa, con un intervalo de varios meses a dos años. Es muy característico que el deterioro de la comprensión del lenguaje sea profundo, y que las dificultades para la comprensión de los sonidos sean la primera manifestación de este trastorno. Algunos niños enmudecen totalmente, otros limitan su expresión a una jerga particular, mientras que otros presentan déficits más leves en la expresión y fluidez verbales, a menudo acompañados por disartria. En algunos casos se presenta una afectación de la calidad de la vocalización, con una pérdida de las inflexiones normales. A veces, en las fases tempranas del trastorno, parece fluctuar la afectación de las funciones del habla. En los meses posteriores a la pérdida inicial del lenguaje son bastante frecuentes los trastornos del comportamiento y los emocionales, pero éstos tienden a mejorar a medida que el niño adquiere algún medio de comunicación.

La etiología de este trastorno no es conocida pero las características clínicas sugieren la posibilidad de un proceso inflamatorio encefálico. El curso del trastorno es bastante variable. Aproximadamente dos tercios de los niños quedan con un déficit más o menos grave de la comprensión del lenguaje y un tercio consigue una recuperación total.

Excluye: afasia adquirida secundaria a un traumatismo, tumor u otra patología cerebral conocida otro trastorno desintegrativo de la infancia ([F84.3](#)) autismo ([F84](#))

F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y el del lenguaje

Incluye: ceceo balbuceo

F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación

Esta categoría no debe utilizarse, en la medida de lo posible y hacerlo únicamente para trastornos sin especificación en los que haya un deterioro significativo del desarrollo del habla o del lenguaje que no puedan explicarse por un retraso mental o por un déficit neurológico, sensorial o somático que afecten directamente al habla o al lenguaje.

Incluye: trastorno del lenguaje sin especificación

F81 TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL APRENDIZAJE ESCOLAR

El concepto de trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar es comparable exactamente al de los trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje (F80) y básicamente pueden aplicarse las mismas pautas de definición y de medida. 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 adquiridos. Por el contrario, los trastornos surgen de alteraciones los procesos cognoscitivos, en gran parte secundarias a algún tipo de disfunción biológica. Al igual que la mayoría del resto de los trastornos del desarrollo, estas alteraciones son considerablemente más frecuentes en varones que en mujeres.

Hay cinco tipos de dificultades para el diagnóstico.

Primero, la necesidad de diferenciar estos trastornos de las variaciones normales del rendimiento escolar. El problema es aquí similar al de los trastornos del lenguaje y se aplican las mismas pautas propuestas para la evaluación de la alteración (con las modificaciones necesarias al pasar del área del lenguaje a la del rendimiento escolar).

En segundo lugar, la necesidad de tener en cuenta el momento evolutivo, lo cual es importante por dos razones diferentes:

a) la gravedad, por ejemplo, un retraso de un año en la lectura a los 7 años de edad, tiene un significado muy diferente de un retraso de un año a los 14 años y

b) los cambios de la manera de manifestarse, de modo que es frecuente que un retraso en el lenguaje en la edad preescolar, pierda intensidad con el paso del tiempo, pero se prolongue en forma de un retraso específico de la lectura que, a su vez, disminuye en la adolescencia y da lugar al comienzo de la edad adulta a un trastorno grave de la ortografía.

El trastorno es siempre el mismo, pero su forma de presentación se modifica con la edad. El criterio diagnóstico tiene que tener en cuenta este cambio evolutivo.

En tercer lugar, está la dificultad de que el rendimiento escolar es también consecuencia del aprendizaje y de la enseñanza, es decir no es sólo consecuencia de la maduración biológica. El nivel de aprendizaje de los niños depende inevitablemente de las circunstancias familiares y escolares, así como de sus propias características individuales. Por desgracia no hay un modo directo y claro de distinguir entre las dificultades escolares debidas a la falta de una enseñanza adecuada y las debidas a algún trastorno individual. Hay buenas razones para suponer que la distinción es real y clínicamente válida, aunque el diagnóstico en casos concretos es difícil.

En cuarto lugar, aunque los resultados de la investigación apoyan las hipótesis de la presencia de alteraciones subyacentes de los procesos cognoscitivos, no hay un método fácil

para diferenciar en un niño en concreto las que causan las dificultades de lectura, de aquellas que son consecuencia de una escasa capacidad de lectura o que son concomitantes. La dificultad se complica con el hallazgo de que los trastornos de la lectura pueden ser consecuencia de más de un tipo de anomalía cognoscitiva.

Finalmente, en quinto lugar, persisten dudas sobre cual es la mejor forma de subdividir los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.

Los niños aprenden a leer, escribir, deletrear y llevar a cabo operaciones aritméticas cuando se les comienza a enseñar en su casa y en la escuela. La edad a la que empieza la escolarización varía ampliamente de un país a otro, lo mismo que el método seguido en las escuelas y, por tanto, no hay unanimidad en cuanto a que capacidades se supone que deben haber adquirido los niños a las diferentes edades. Esta disparidad de expectativas es mayor durante los años de enseñanza elemental o primaria (es decir, hasta aproximadamente los 11 años de edad) y complica la tarea de formular definiciones operativas de los trastornos del aprendizaje escolar que tengan validez internacional.

No obstante, en todos los sistemas educativos, está claro que en cada grupo de edad cronológica hay una amplia variación del rendimiento escolar adquirido y que en algunos niños puede ser bajo en aspectos concretos en relación con el nivel general de su capacidad intelectual.

Los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar abarcan grupos de trastornos que se manifiestan por déficits específicos y significativos del aprendizaje escolar. Estos déficits del aprendizaje no son la consecuencia directa de otros trastornos (como un retraso mental, déficits neurológicos importantes, problemas visuales o auditivos sin corregir o trastornos emocionales), aunque pueden estar presentes. Los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar suelen presentarse acompañados de otros síndromes (tales como trastornos de déficit de atención o trastornos específicos del desarrollo del habla y el lenguaje).

La etiología de los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar no es conocida, pero se acepta la primacía de los factores biológicos, en interacción con factores no biológicos (como oportunidades para aprender y calidad de la enseñanza). Estos trastornos están en relación con la maduración biológica, lo que no implica que los niños con estos trastornos estén simplemente en el nivel inferior de un espectro normal y que por lo tanto se pondrán al día con el paso tiempo.

En muchos casos pueden persistir restos de estos trastornos en la adolescencia y en la edad adulta. En cualquier caso, el que los trastornos se manifiesten de alguna manera durante los primeros años de escolarización es una característica diagnóstica necesaria. El retraso del rendimiento escolar de los niños puede aparecer en un estadio posterior de sus estudios (debido a una falta de interés, a una enseñanza pobre, a problemas emocionales, a un incremento o cambio del tipo de tareas encomendadas, etc.), pero estos problemas no forman parte de la definición de los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.

Pautas para el diagnóstico

Para el diagnóstico de cualquiera de los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar se requieren varios casos.

Primero, debe haber un deterioro clínicamente significativo del rendimiento escolar específico, valorado a partir de la gravedad definida por el nivel de escolaridad (por ejemplo, por el nivel esperable en menos del tres por ciento de la población infantil escolar), por la presencia de antecedentes (es decir si, las dificultades escolares fueron precedidas en la edad preescolar por retrasos o desviaciones del desarrollo, del habla o del lenguaje), por la presencia de problemas concomitantes (déficits de atención, hipercinesia, problemas emocionales o trastornos disociales), por formas o conjuntos específicos de rasgos (es decir, por la presencia de anomalías cualitativas que no suelen formar parte del desarrollo normal) y por la respuesta a intervenciones concretas (las dificultades escolares no remiten rápida y correctamente tras ayuda extra a la enseñanza en casa o en el colegio).

Segundo, el déficit debe ser específico en el sentido de que no sea explicable por un retraso mental o por déficits menores de la inteligencia general. Debido a que el C.I. y el rendimiento escolar no son exactamente paralelos, esta distinción sólo puede tomarse teniendo en cuenta tests de C.I. y de rendimiento estandarizados aplicados de forma individual, que sean adecuados para la cultura y el sistema educativo del niño. Estos tests deben ser empleados junto con tablas estadísticas que faciliten datos sobre el nivel medio de rendimiento esperado para un C.I. a cualquier edad cronológica. Este último requisito es necesario por la importancia de los efectos de la regresión estadística, por eso, es muy probable que los diagnósticos basados en la sustracción de la edad de rendimiento de la edad mental estén notablemente sesgados. Sin embargo, es poco probable que, en la práctica clínica, la mayor parte de las veces se cumplan de hecho estos requisitos y por lo tanto, la pauta clínica general es simplemente que el nivel de rendimiento del niño sea considerablemente más bajo que el esperado para su edad mental.

Tercero, el déficit debe ser precoz, en el sentido de que debe haber estado presente desde el comienzo de la educación y no haber sido adquirido con posterioridad. La historia del progreso escolar del niño facilitará datos sobre este punto.

Cuarto, deben estar ausentes factores externos que pudieran justificar suficientemente las dificultades escolares. Como se indicó más arriba, el diagnóstico de los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar debe apoyarse en general en la presencia positiva de un trastorno del rendimiento escolar clínicamente significativo debido a factores del desarrollo del niño intrínsecos. Sin embargo, para aprender con eficacia, los niños deben tener oportunidades adecuadas. No obstante, si está claro que el bajo rendimiento escolar se debe directamente a un

absentismo escolar muy prolongado, sin enseñanza en casa o a una educación totalmente inadecuada, los trastornos no deben ser codificados aquí. Las ausencias frecuentes de la escuela o la interrupción de la escolarización debidas a cambios en la escuela normalmente no son suficientes para que se presente un retraso escolar del grado necesario para el diagnóstico de los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar. Sin embargo, una escolarización escasa puede complicar o aumentar el problema, en cuyo caso los factores escolares se clasificarán de acuerdo con un código Z del capítulo XXI de la CIE 10.

Por último, en quinto lugar, los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar no pueden deberse directamente a déficits visuales o de audición no corregidos.

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta que es clínicamente importante distinguir entre los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar que se presentan en ausencia de algún trastorno neurológico diagnosticable y los que son secundarios a algún trastorno neurológico, como por ejemplo, una parálisis cerebral. En la práctica esta distinción suele ser difícil de hacer (por el significado dudoso de muchos signos neurológicos "menores") y hay investigaciones que no demuestran diferencias claras en las formas o el curso de los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar según estén presentes o no disfunciones neurológicas manifiestas. Aunque este aspecto no forma parte de las pautas diagnósticas, es necesario que la presencia de cualquier trastorno concomitante sea codificada por separado de acuerdo con la sección neurológica de la CIE 10.

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 niños con trastornos específicos de la lectura suelen tener antecedentes de trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje y la evaluación exhaustiva de como se utiliza el lenguaje, pone a menudo de manifiesto otros problemas mas finos. Además del fracaso escolar, suelen ser complicaciones, las faltas de asistencia a la escuela y los problemas de adaptación social, en especial en los últimos años de la escuela elemental y secundaria. Este trastorno se presenta en todas las lenguas conocidas, pero no hay certeza de si su frecuencia se ve afectada o no por el tipo de estructura del lenguaje y de la escritura.

Pautas para el diagnóstico

El rendimiento de lectura del niño debe ser significativamente inferior al nivel esperado de

acuerdo a su edad, su inteligencia general y su nivel escolar. El mejor modo de evaluar este rendimiento es la aplicación de forma individual de tests estandarizados de lectura y de precisión y comprensión de la lectura. La naturaleza exacta del problema de lectura depende del nivel de la misma esperado y del lenguaje y escritura. Sin embargo, en las fases tempranas del aprendizaje de la escritura alfabética, pueden presentarse dificultades para recitar el alfabeto, para hacer rimas simples, para denominar correctamente las letras y para analizar o categorizar los sonidos (a pesar de una agudeza auditiva normal). Más tarde pueden presentarse errores en la lectura oral como por ejemplo:

- a) omisiones, sustituciones, distorsiones o adiciones de palabras o partes de palabras
- b) lentitud
- c) falsos arranques, largas vacilaciones, o pérdidas del sitio del texto en el que se estaba leyendo y
- d) inversiones de palabras en frases o de letras dentro de palabras.

También pueden presentarse déficits de la comprensión de la lectura, como las siguientes:

- e) incapacidad de recordar lo leído
- f) incapacidad de extraer conclusiones o inferencias del material leído y
- g) el recurrir a los conocimientos generales, más que a la información obtenida de una lectura concreta, para contestar a preguntas sobre ella.

Es frecuente que en las etapas finales de la infancia y en la vida adulta, las dificultades ortográficas sean más importantes que las de la lectura. Es característico que las dificultades ortográficas impliquen a menudo errores fonéticos y parece que, tanto los problemas de lectura, como los ortográficos pueden ser en parte consecuencia de un deterioro de la capacidad de análisis fonológico. Se conoce mal la naturaleza y la frecuencia de los problemas ortográficos de niños que leen en lenguas no fonéticas y tampoco se conocen bien los tipos de errores en la escritura no alfabética.

Normalmente los trastornos específicos del desarrollo de la lectura son precedidos por antecedentes de trastornos en el desarrollo del habla o del lenguaje. En otros casos, los niños pueden haber pasado las etapas del desarrollo del lenguaje a la edad normal, pero sin embargo haber tenido dificultades en el procesamiento auditivo, (problemas para la categorización de fonemas, para hacer rimas y para la discriminación de fonemas), de la memoria auditiva secuencial y de las asociaciones auditivas. En algunos casos, pueden haberse presentado también problemas para el procesamiento visual (discriminación de letras para la memoria auditiva secuencial y para la diferenciación auditiva). Sin embargo, todos estos problemas son frecuentes en niños que están empezando a aprender a leer y por tanto no suelen tener una relación causal directa con los de lectura. También son frecuentes trastornos de atención, que a menudo se acompañan de hiperactividad e impulsividad. La forma exacta de las dificultades de desarrollo en el período preescolar varía considerablemente de niño en niño, y también varía su gravedad. Sin embargo, aunque no

siempre, suelen estar presentes problemas de este tipo.

Son también frecuentes durante el período escolar problemas emocionales o comportamentales concomitantes. Los primeros son más frecuentes durante los primeros años de la escolarización, pero los trastornos disociales y los síndromes hipercinéticos son los que se presentan con mayor frecuencia en la segunda infancia y adolescencia. Es frecuente una baja estimación de sí mismo y son también frecuentes problemas en la adaptación escolar y en las relaciones con los compañeros.

Incluye: retraso específico de la lectura "lectura en espejo" dislexia del desarrollo disortografía asociada a trastornos de la lectura

Excluye: alexia y dislexia adquirida (R48.0) dificultades adquiridas de lectura secundarias a trastornos de las emociones (F93) trastorno de la ortografía no acompañado de dificultades para la lectura

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. En este trastorno están afectadas la capacidad de deletrear en voz alta y de escribir las palabras correctamente. Los niños que presentan sólo problemas para la escritura no se incluyen en esta categoría, pero en algunos casos las dificultades ortográficas se acompañan de problemas de la escritura. A diferencia de lo que normalmente se encuentra en los trastornos específicos de la lectura, las faltas ortográficas tienden a ser correctas desde un punto de vista fonético.

Pautas para el diagnóstico

El dominio que el niño tiene de la ortografía debe ser significativamente inferior al nivel esperado para su edad, para su inteligencia general y para su nivel escolar. El mejor modo de evaluar este trastorno es la aplicación individual de un test estandarizado de ortografía. La capacidad de lectura del niño (tanto en lo que respecta a la exactitud como a la comprensión) deben estar dentro de los límites normales y no debe haber antecedentes de dificultades significativas de lectura. Las dificultades ortográficas no deben ser la consecuencia de una enseñanza notoriamente inadecuada o de los efectos directos de déficits funcionales visuales, auditivos o neurológicos y tampoco deben de serlo de algún trastorno neurológico, psiquiátrico o de otro tipo adquirido.

Aunque se sabe que un trastorno "puro" de la ortografía puede diferenciarse de los trastornos de lectura que acompañan a las dificultades ortográficas, se sabe poco sobre sus antecedentes, evolución, trastornos relacionados y consecuencias.

Incluye: retraso específico de la ortografía (sin trastorno de la lectura)

Excluye: dificultades de ortografía atribuibles principalmente a una enseñanza inadecuada (Z55.) trastorno adquirido de la ortografía (R48.8) dificultades de la ortografía asociadas a trastornos de la lectura

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 escolaridad claramente 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).

Pautas para el diagnóstico

El dominio del cálculo aritmético está significativamente por debajo del nivel esperado para su edad, para su inteligencia general y para su nivel escolar. Este rendimiento se valora preferentemente mediante la aplicación individual de test de cálculo aritmético estandarizados. La capacidad de lecto escritura y el C.I. deben estar dentro de la media normal, evaluados ambos preferentemente mediante la aplicación individual de tests adecuadamente estandarizados. Las dificultades para el cálculo aritmético no tienen que deberse a una enseñanza claramente inadecuada o a déficits funcionales visuales, auditivos o neurológicos. Tampoco tienen que ser secuela de trastorno neurológico, psiquiátrico o de otro tipo adquirido.

Los trastornos del cálculo han sido estudiados menos que los de la lectura y los conocimientos sobre sus antecedentes, curso, correlaciones y resolución son bastantes limitados. Sin embargo, parece que, a diferencia de lo que sucede con muchos niños con trastornos de la lectura, las capacidades perceptivas, auditivas y verbales tienden a estar dentro de niveles normales, mientras que la capacidad viso espacial y viso perceptiva tienden a estar afectadas. En algunos niños se presentan además problemas sociales, emocionales y del comportamiento, pero se conoce poco sobre sus características y frecuencia. Suelen ser relativamente frecuentes problemas en las relaciones sociales.

Los problemas para el cálculo aritmético son de diversos tipos y comprenden: fracaso en la comprensión de los conceptos básicos de las operaciones aritméticas específicas, falta de comprensión de términos o signos matemáticos, no reconocimiento de símbolos numéricos, dificultad en el manejo de las reglas aritméticas, dificultad en comprender qué números son adecuados a un problema aritmético concreto, dificultad para alinear adecuadamente números o para insertar decimales o símbolos durante los cálculos, mala organización espacial de los cálculos aritméticos y falta de capacidad para aprender satisfactoriamente las tablas de multiplicar.

Incluye: trastorno del aprendizaje de la aritmética síndrome del desarrollo de Gerstmann acalculia y discalculia del desarrollo

Excluye: dificultades aritméticas asociadas a trastornos de la lectura o de la ortografía ([F81.1](#)) dificultades del cálculo principalmente atribuibles a una enseñanza inadecuada ([Z55.](#)) trastorno adquirido de la capacidad del cálculo (acalculia, [R48.8](#))

F81.3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar

Se trata de una alteración, mal definida y sin embargo necesaria como categoría residual, en la cual están alterados de un modo significativo tanto el rendimiento aritmético como el

de lectura u ortografía y en la que la inteligencia general está dentro del rango normal y no está presente una mala enseñanza escolar. Esta categoría se utilizará para trastornos que satisfagan las pautas de [F81.2](#) además de las de [F81.0](#) ó [F81.1](#).

Excluye: trastorno específico de la lectura ([F81.0](#)) trastorno específico de la ortografía ([F81.1](#)) trastorno específico del cálculo ([F81.2](#))

F81.8 Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar

Incluye: trastorno del desarrollo de la expresión escrita

F81.9 Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación

Esta categoría diagnóstica debe ser evitada lo más 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.

Incluye: dificultades de aprendizaje sin especificación alteración del aprendizaje sin especificación trastorno del aprendizaje sin especificación

F82 TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Se trata de un trastorno cuya característica principal es un retraso del desarrollo de la coordinación de movimientos que no puede explicarse por un retraso intelectual general o por un trastorno neurológico específico, congénito o adquirido (distinto del implícito en la anomalía de coordinación). Lo más frecuente es que la torpeza de movimientos se acompañe de un cierto grado de déficit en la resolución de tareas cognoscitivas viso espaciales.

Pautas para el diagnóstico

La coordinación de movimientos, para movimientos finos o para los groseros, es significativamente inferior al nivel esperado de acuerdo con la edad del niño y con su inteligencia general. Esta capacidad se valora mejor mediante la aplicación individual de tests estandarizados de coordinación de movimientos finos y groseros. Las dificultades de coordinación deberán haber estado presentes desde los comienzos del desarrollo (por ejemplo, no deben constituir un déficit adquirido) y no se deberán a consecuencias directas de déficits de la visión, de la audición o de cualquier trastorno neurológico diagnosticable. El grado en el que el trastorno afecta principalmente a la coordinación movimientos finos o groseros es variable y su forma específica hitos varía con la edad. Pueden retrasarse los del desarrollo motor y pueden presentarse además déficits del lenguaje (en especial los de la pronunciación). El niño puede ser torpe en general, lento en aprender a correr, a saltar y a subir escaleras. Le suele ser difícil aprender a hacer la lazada de los zapatos, a abrocharse y desabrocharse los botones y a tirar y coger pelotas. Los niños pueden ser torpes en general, para los movimientos finos, para los groseros o para ambos y tiende a dejar caer las cosas, a tropezar, a chocar con obstáculos y a tener mala letra. La habilidad para dibujar suele ser para hacer rompecabezas, para usar juguetes de construcción, para construir modelos, para los juegos de pelota y para dibujar y comprender mapas

geográficos, suele ser baja.

Una cuidadosa exploración clínica pone de manifiesto en la mayoría de los casos una notoria falta de madurez neurológica, en forma de movimientos coreicos, discinesias, movimientos en espejo y otros síntomas motores relacionados, así como signos de escasa coordinación de movimientos finos y groseros (en general llamados signos neurológicos menores debido a que su presencia es normal en niños más pequeños y a su falta de valor para la localización de una lesión). Los reflejos tendinosos pueden estar exaltados o disminuidos de un modo bilateral, pero no son asimétricos.

Algunos niños presentan además dificultades escolares, que en ocasiones pueden ser graves y en otros se presentan además problemas sociales, emocionales y comportamentales, pero se sabe poco de su frecuencia y características.

Por definición no tienen que presentarse trastornos neurológicos diagnosticables (tal y como un parálisis cerebral o una distrofia muscular). No obstante, en algunos casos hay antecedentes de complicaciones perinatales, tales como muy bajo peso al nacer o de un parto claramente prematuro.

El síndrome del niño torpe ha sido diagnosticado frecuentemente como "disfunción cerebral mínima" pero este término no se recomienda dados sus múltiples, diferentes y contradictorios significados.

Incluye: síndrome del niño torpe dispraxia del desarrollo trastorno del desarrollo de la coordinación

Excluye: incoordinación secundaria a retraso mental ([F70 F79](#)) incoordinación secundaria a trastorno neurológico de diagnóstico específico ([G00 G09](#)) alteraciones de la marcha y de la movilidad ([R26](#))

F83 TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO MIXTO

Se trata de una categoría residual de trastornos mal definidos y descritos, pero necesaria, en la que hay alguna mezcla de trastornos específicos del desarrollo del lenguaje, de la capacidad escolar o de funciones motrices, en la que no predomina ninguna lo suficiente como para constituir el diagnóstico principal. Lo mas frecuente es que en los trastornos descritos mas arriba se presente algún grado de alteración global de funciones incluidas cognitivas, por eso esta categoría sólo debe usarse cuando haya un grado significativo de solapamiento, cuando se presenten disfunciones que satisfagan las pautas de dos o más de las categorías [F80](#), [F81](#) y [F82](#).

F84 TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

Se trata de un grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas características 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, aunque su grado puede variar. En la mayoría de los casos el desarrollo es anormal desde la primera infancia y sólo en contadas excepciones, las anomalías se

manifiestan por primera vez después de los cinco años de edad. Es habitual, aunque no constante, que haya algún grado de alteración cognoscitiva general, aunque estos trastornos están definidos por la desviación del comportamiento en relación a la edad mental del niño (retrasado o no). No hay acuerdo sobre la subdivisión del conjunto de este grupo de trastornos generalizados del desarrollo.

En algunos casos los trastornos tienen relación y son presumiblemente debidos a alguna patología somática (entre las que las crisis epiléptica infantiles, la rubéola congénita, la esclerosis tuberosa, la lipoidosis cerebral y el cromosoma X frágil son las más frecuentes). Sin embargo, el trastorno debe diagnosticarse por sus características comportamentales, con independencia de la presencia o no de anomalías somáticas. Si las hubiera, deben ser codificadas por separado. Dado que el retraso mental no es una característica general de los trastornos generalizados del desarrollo, es importante que, cuando esté presente, se codifique por separado, de acuerdo con [F70 79](#).

F84.0 Autismo infantil

Se trata de un trastorno generalizado del desarrollo definido por la presencia de un desarrollo alterado o anormal, que se manifiesta antes de los tres años de edad y por un tipo característico de comportamiento anormal que afecta a la interacción social, a la comunicación y a la presencia de actividades repetitivas y restrictivas. El trastorno predomina en los chicos con una frecuencia tres a cuatro veces superior a la que se presenta en las chicas.

Pautas para el diagnóstico

Por lo general no hay un período previo de desarrollo inequívocamente normal pero, si es así, el período de normalidad no se prolonga más allá de los tres años de edad. Hay siempre alteraciones cualitativas de la interacción social que toman la forma de una valoración inadecuada de los signos socio emocionales, puesta de manifiesto por una falta de respuesta a las emociones de los demás o por un comportamiento que no se amolda al contexto social, por un uso escaso de los signos sociales convencionales y por una integración escasa del comportamiento social, emocional y de la comunicación, de un modo especial por una falta de reciprocidad socio emocional. Así mismo, son constantes las alteraciones cualitativas de la comunicación. Consisten en no utilizar el lenguaje para una función social, debidos a una alteración de la actividad lúdica basada en el juego social imitativo y simulado, a una pobre sincronización en la expresión del lenguaje, a una relativa falta de creatividad y de fantasía de los procesos del pensamiento, a una falta de respuesta emocional a los estímulos verbales y no verbales de los demás, a defectos de la cadencia o entonación necesarias para lograr una modulación de la comunicación y, como es de esperar y a la ausencia de gestos acompañantes para subrayar o precisar la comunicación verbal.

El comportamiento en este trastorno se caracteriza también por la presencia de formas de actividad restrictivas, repetitivas y estereotipadas, de restricción de los intereses y de la actividad en general, en los que destaca la rigidez y rutina para un amplio espectro de formas de comportamiento. Por lo general estas características afectan tanto a las actividades nuevas, como a los hábitos familiares y a las formas de juego. Puede presentarse, sobre todo en la primera infancia, un apego muy concreto a objetos extraños, de un modo característico a los "no suaves". Los niños persisten en llevar a cabo

actividades rutinarias específicas consistentes en rituales sin un sentido funcional, tal y como preocupaciones estereotipadas con fechas, trayectos u horarios, movimientos estereotipados o un interés en los elementos ajenos a las funciones propias de los objetos (tales como su olor o textura) y suelen presentar una gran resistencia a los cambios de la rutina cotidiana o de los detalles del entorno personal (tales como la decoración o los muebles del domicilio familiar).

Además de estas características diagnósticas específicas, es frecuente que en los niños con autismo aparezcan otros trastornos sin especificar tales como temores, fobias, trastornos del sueño y de la conducta alimentaria, rabietas y manifestaciones agresivas. Son bastante frecuentes las autoagresiones (por ejemplo, morderse las muñecas), sobre todo cuando el autismo se acompaña de un retraso mental grave. La mayoría de los niños autistas carecen de espontaneidad, iniciativa y creatividad para organizar su tiempo libre y tienen dificultad para aplicar conceptos abstractos a la ejecución de sus trabajos (aun cuando las tareas se encuentran al alcance de su capacidad real). Las manifestaciones específicas de los déficits característicos del autismo cambian al hacerse mayores los niños, pero los déficits persisten en la edad adulta con una forma muy similar en lo que se refiere a los problemas de socialización, comunicación e inquietudes. Para hacer el diagnóstico las anomalías del desarrollo deben haber estado presentes en los tres primeros años, aunque el síndrome puede ser diagnosticado a cualquier edad.

En el autismo pueden darse todos los niveles de C.I., pero hay un retraso mental significativo en aproximadamente el 75 de los casos.

Incluye: autismo infantil síndrome de Kanner psicosis infantil trastorno autístico

Excluye: psicopatía autística [\(F84.5\)](#)

Diagnóstico diferencial

Además de otras variedades del trastorno generalizado del desarrollo hay que considerar: trastorno específico del desarrollo de la comprensión del lenguaje [\(F80.2\)](#) con problemas secundarios socioemocionales, trastorno de la vinculación en la infancia reactivo [\(F94.1\)](#) ó trastorno de vinculación en la infancia desinhibido [\(F94.2\)](#), retraso mental [\(F70 F72\)](#) acompañado de trastornos de las emociones y del comportamiento, esquizofrenia [\(F20\)](#) de comienzo precoz y síndrome de Rett [\(F84.2\)](#).

F84.1 Autismo atípico

Se trata de un trastorno generalizado del desarrollo que difiere del autismo en que el desarrollo anormal o alterado se presenta únicamente después de los tres años de edad o en que faltan anomalías suficientemente demostradas en una o dos de las tres áreas de psicopatología requeridas para el diagnóstico de autismo (la interacciones social, el trastorno de la comunicación y el comportamiento restrictivo, estereotipado y repetitivo), a pesar de la presencia de características de una o dos de las otras áreas. El autismo atípico suele presentarse en individuos con retraso profundo cuyo bajo nivel de rendimiento favorecen la manifestación del comportamiento desviado específico requeridos para el diagnóstico de autismo. También sucede esto en individuos con graves trastornos específicos del desarrollo de la comprensión del lenguaje. Tiene sentido, por consiguiente, distinguir

el autismo atípico del autismo.

Incluye: retraso mental con rasgos autísticos psicosis infantil atípica

F84.2 Síndrome de Rett

Se trata de un trastorno, descrito hasta ahora sólo en niñas, cuya causa es desconocida pero que se ha diferenciado por sus características de comienzo, curso y sintomatología. El desarrollo temprano es aparentemente normal o casi normal pero se sigue de una pérdida parcial o completa de capacidades manuales adquiridas y del habla, junto con retraso en el crecimiento de la cabeza y que aparece generalmente entre los 7 meses y los dos años de edad. Las características principales son:

- Pérdida de los movimientos intencionales de las manos, estereotipias consistentes en retorcerse las manos e hiperventilación. El desarrollo social y lúdico se detiene en el segundo o tercer año, pero el interés social suele mantenerse. Durante la infancia suele desarrollarse ataxia y apraxia de tronco, que se acompañan de escoliosis o cifoescoliosis y algunas veces de movimiento coreoatetósicos. La consecuencia invariable es la de una grave invalidez mental. Es frecuente que durante la infancia aparezcan crisis epilépticas.

Pautas para el diagnóstico

En la mayoría de los casos el comienzo tiene lugar entre el 7º mes y los dos años de edad. El rasgo más característico es una pérdida de los movimientos intencionales de las manos y de la capacidad manual fina de tipo motor. Se acompaña de pérdida parcial o ausencia de desarrollo del lenguaje, movimientos estereotipados muy característicos de retorcer o "lavarse las manos", con los brazos flexionados frente de la barbilla o el pecho, movimientos estereotipados de humedecerse las manos con saliva, falta de masticación adecuada de los alimentos, episodios de hiperventilación frecuentes, mal control de los esfínteres, a menudo presentan babeo y protrusión de la lengua y una pérdida de contacto social. Es muy característico que estas niñas mantengan una especie de "sonrisa social" mirando a o "a través" de las personas, pero sin establecer un contacto social. Esto tiene lugar en el estadio precoz de la infancia (aunque a menudo desarrollan más tarde la capacidad de interacción social). La postura y la marcha tienden a ser con aumento de la base de sustentación, hay hipotonía muscular, los movimientos del tronco suelen ser escasamente coordinados y acaban por presentar escoliosis y cifoescoliosis. Las atrofas espinales con alteraciones motrices graves se desarrollan en la adolescencia o en la edad adulta en aproximadamente la mitad de los casos. Más tarde puede presentarse una espasticidad rígida que suele ser más marcada en los miembros inferiores que en los superiores. En la mayoría de los casos aparecen ataques epilépticos, generalmente algún tipo de ataque menor y con comienzo anterior a los 8 años. En contraste con el autismo son raras las preocupaciones o rutinas estereotipadas complejas o las automutilaciones voluntarias.

Diagnóstico diferencial

El síndrome de Rett se delimita en inicialmente basándose en la ausencia de movimientos intencionales de las manos, retraso del crecimiento de la cabeza; ataxia; movimientos

estereotipados de lavado de manos y ausencia de masticación adecuada. El curso de la enfermedad en el sentido del deterioro motor progresivo confirma el diagnóstico.

F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia

Se trata de un trastorno profundo del desarrollo (distinto del síndrome de Rett) definido por la presencia de una etapa previa de desarrollo normal antes del comienzo del trastorno, por una fase bien definida de pérdida de capacidades previamente adquiridas, que tiene lugar en el curso de pocos meses y que afecta como mínimo a varias áreas del desarrollo, junto con la aparición de anomalías típicas del comportamiento social y de la comunicación. Con frecuencia hay un período prodrómico de enfermedad poco definido durante el cual, el niño se vuelve inquieto, irritable, ansioso e hiperactivo, a lo que sigue un empobrecimiento y una pérdida del lenguaje y el habla, acompañado por una desintegración del comportamiento. En algunos casos la pérdida de capacidad tiene una progresión continua (en general cuando el trastorno se acompaña de una alteración neurológica progresiva diagnosticable), pero con mayor frecuencia el deterioro progresa sólo durante unos meses, se estabiliza y más tarde tiene lugar una mejoría limitada. El pronóstico es malo en general y la mayoría de los individuos quedan afectados de retraso mental grave. No hay certeza de hasta que punto esta alteración es diferente del autismo. En algunos casos el trastorno puede ser secundario a una encefalopatía, pero el diagnóstico debe hacerse a partir de las características comportamentales. Si estuviera presente una alteración neurológica, ésta se codificará por separado.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico se basa en la presencia de un desarrollo aparentemente normal hasta al menos los dos años de edad, seguido por una clara pérdida de capacidades previamente adquiridas, la cual se acompaña de un comportamiento social cualitativamente anormal. Es frecuente que en estos casos tenga lugar una regresión profunda o una pérdida completa del lenguaje, una regresión en la actividad lúdicas, de la capacidad social y del comportamiento adaptativo. Con frecuencia se presenta además una pérdida del control de esfínteres y a veces con un mal control de los movimientos. Es típico que estos rasgos se acompañen de una pérdida de interés por el entorno, por manierismos motores repetitivos y estereotipados y por un deterioro pseudo autístico de la comunicación e interacción sociales. En algunos aspectos el síndrome se parece a las demencias de la vida adulta, pero se diferencia por tres aspectos claves:

- a) hay por lo general una falta de cualquier enfermedad o daño cerebral identificable (aunque puede presumirse algún tipo de disfunción cerebral)
- b) la pérdida de capacidades puede seguirse de cierto grado de recuperación y
- c) el deterioro de la socialización de la comunicación tiene rasgos característicos, más típicos del autismo que del deterioro intelectual.

Por todos estos motivos el síndrome está incluido aquí más que en F00 a F09.

Incluye: psicosis desintegrativa síndrome de Heller dementia infantil psicosis simbiótica

Excluye: afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau Kleffner, [F80.3](#)) mutismo selectivo ([F93.0](#)) esquizofrenia ([F20](#)) síndrome de Rett ([F84.2](#))

F84.4 Trastorno hipercinético con retraso mental y movimientos estereotipados

Se trata de una categoría de dudosa validez nosológica. Se incluye aquí sin embargo porque los niños con retraso mental (C.I. inferior a 50) con problemas importantes de hiperactividad y déficit atención tienen con frecuencia un comportamiento estereotipado. Además, estos niños no suelen beneficiarse de un tratamiento con fármacos estimulantes (al contrario de aquellos de C.I. en el rango normal) al que pueden responder con reacciones disfóricas intensas (a veces con inhibición psicomotriz) y en la adolescencia la hiperactividad tiende a ser reemplazada por una hipoactividad (una forma que no es frecuente en los niños hipercinéticos con inteligencia normal). Este síndrome suele acompañarse de tipos variados de retrasos del desarrollo, ya sean específicos o generalizados.

No es bien conocido hasta qué punto esta forma de comportamiento está en función del bajo C.I. o de un daño cerebral orgánico. Tampoco está claro si los niños con retraso mental leve que presentan un síndrome hipercinético, estarían mejor clasificados aquí o en [F90](#). En la actualidad se incluyen en [F90](#).

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico se basa en la combinación de hiperactividad grave, desproporcionada para el nivel de maduración, de estereotipias motrices y de retraso mental grave. Para un diagnóstico correcto deben estar presentes los tres aspectos. Sin embargo, si se satisfacen las pautas para el diagnóstico de las categorías [F84.0](#), [F84.1](#) ó [F84.2](#), el diagnóstico será el correspondiente a una de ellas.

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 sin embargo del autismo en que no hay déficits o retrasos del lenguaje o del desarrollo cognoscitivo. La mayoría de los afectados son de inteligencia normal, pero suelen ser marcadamente torpes desde el punto de vista motor. El trastorno se presenta con preferencia en varones (en proporción aproximada de 8 a 1). Parece muy probable que al menos algunos casos sean formas leves de autismo, pero no hay certeza de que esto sea así en todos los casos. La tendencia es a que las anomalías persistan en la adolescencia y en la vida adulta, de tal manera que parecen rasgos individuales que no son modificados por influencias ambientales. Ocasionalmente aparecen episodios psicóticos en el inicio de la vida adulta.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico se basa en la combinación de ausencia de cualquier retraso de lenguaje, o cognoscitivo clínicamente significativo y la presencia de déficits cualitativos en la interacción social (como en el autismo) y manifestaciones repetitivas y estereotipadas, de intereses y de la actividad en general (como en el autismo). Puede haber o no problemas de comunicación similares a los del autismo, pero un de retraso significativo del lenguaje descarta el diagnóstico.

Incluye: psicopatía autística trastorno esquizoide de la infancia

Excluye: trastorno esquizotípico (F21) esquizofrenia simple (F20.6) trastorno de vinculación de la infancia (F94.1 y F94.2) trastorno anancástico de la personalidad (F60.5) trastorno obsesivo compulsivo (F42)

F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación

Se trata de una categoría diagnóstica residual que debe usarse para trastornos con las características de la descripción general de los trastornos generalizados del desarrollo, pero que por falta de información adecuada o por hallazgos contradictorios, no se satisfacen las pautas de cualquiera de los otros códigos del apartado.

F88 OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO

Incluye: agnosia del desarrollo

F89 TRASTORNO DEL DESARROLLO PSICOLOGICO SIN ESPECIFICACION

Incluye: trastorno del desarrollo psicológico sin especificación

F90-98 TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

F99 TRASTORNO MENTAL SIN ESPECIFICACION

F90 Trastornos hipercinéticos

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención

F90.1 Trastorno hipercinético disocial

F90.8 Otros trastornos hipercinéticos

F90.9 Trastorno hipercinético 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 en la infancia

F93.9 Trastorno de las emociones en 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 Trastornos de tics

F95.0 Trastorno de tics transitorios

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

F98.1 Encopresis no orgánica

F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia

F98.3 Pica en la infancia

F98.4 Trastorno de estereotipias motrices

F98.5 Tartamudeo (espasmofemia)

F98.6 Farfuleo

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 la adolescencia sin especificación

F99 Trastorno mental sin especificación

F90 TRASTORNOS HIPERCINETICOS

Se trata de un grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y porque estos problemas se presentan en las situaciones mas variadas y persisten a lo largo del tiempo.

Suele aceptarse que ciertas anomalías constitucionales juegan un papel clave en la génesis de estos trastornos, pero de momento no se conoce una etiología específica. En los últimos años se ha difundido el término diagnóstico de "trastorno por déficit de atención". Sin embargo, este término no se utiliza aquí porque implica un conocimiento de procesos psicológicos del que se carece y llevaría a incluir a niños con preocupaciones ansiosas, apáticos y soñadores, cuyos problemas son probablemente de diferente naturaleza. No obstante está claro que desde el punto de vista del comportamiento, el déficit de atención constituye un rasgo central de estos síndromes hiperkinéticos.

Los trastornos hiperkinéticos tienen un comienzo temprano (por lo general durante los cinco primeros años de la vida). Sus características principales son una falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Normalmente estas dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos de los afectados se

produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención.

El trastorno puede acompañarse de otras anomalías. Los niños hipercinéticos suelen ser descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse normas, más que por desafíos deliberados a las mismas por una falta de premeditación. Su relación social con los adultos suelen ser desinhibidas, con una falta de la prudencia y reserva naturales. Son impopulares con otros 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 del lenguaje.

Son complicaciones secundarias un comportamiento disocial, antisocial y una baja estimación de sí mismo. Hay un considerable solapamiento entre la hipercinesia y otras formas de comportamiento anormal como el trastorno disocial en niños no socializados. Sin embargo, la evidencia más general tiende a distinguir un grupo en el cual la hipercinesia es el problema principal.

Los trastornos hiperkinéticos se presentan en varones con una frecuencia varias veces superior a la que se presentan en el sexo femenino. Es frecuente que se acompañe de problemas de lectura o del aprendizaje.

Pautas para el diagnóstico

Los rasgos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad. El diagnóstico requiere la presencia de ambos, que deben manifestarse en más de una situación (por ejemplo, en clase, en la consulta).

El trastorno de la atención se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse con otra (aunque estudios de laboratorio no demuestran con precisión un grado extraordinario de distracción sensorial o perceptiva). Estos déficits en la persistencia y de la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y C.I. del afectado.

La hiperactividad implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Dependiendo de las circunstancias, puede manifestarse como saltar y correr sin rumbo fijo, como la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario estarlo, por una verborrea o alboroto o por una inquietud general acompañada de gesticulaciones y contorsiones. El criterio para la valoración de si una actividad es excesiva está en función del contexto, es decir, de lo que sería de esperar en esa situación concreta y de lo que sería normal teniendo en cuenta la edad y el C.I. del niño. Este rasgo comportamental es más evidente en las situaciones extremas y muy estructuradas que requieren un alto grado de control del comportamiento propio.

Los rasgos asociados, que apoyan el diagnóstico aunque no son suficientes ni necesarios para el mismo, son: desinhibición en la relación social, falta de precaución en las situaciones de peligro y quebrantamiento impulsivo de algunas normas sociales (como por

ejemplo, la intromisión o interrupción de la actividad de otras personas, respuestas prematuras a preguntas sin permitir que se hayan terminado de formular, o en la imposibilidad de esperar a que le toque su turno).

Los trastornos del aprendizaje y la torpeza de movimientos que acompañan con gran frecuencia al trastorno hiperactivo, se codificarán aparte ([F80](#) [F89](#)), ya que en la actualidad no forman parte del diagnóstico de trastorno hiperactivo.

Los síntomas de trastorno disocial no son pautas de inclusión ni de exclusión para el diagnóstico principal, pero su presencia o ausencia constituye la base de la principal subdivisión de este trastorno (véase más adelante).

Los problemas comportamentales típicos del trastorno hiperactivo son de comienzo precoz (antes de los seis años) y de larga duración. No obstante, antes de la edad de comienzo de la escolarización es difícil de reconocer la hiperactividad debido a su amplia variabilidad dentro de la normalidad. Sólo los niveles extremos permiten el diagnóstico en los niños de edad preescolar.

En la edad adulta puede también hacerse el diagnóstico de trastorno hiperactivo. Los fundamentos son los mismos, pero el déficit de atención y la hiperactividad deben valorarse en relación con la evolución de cada caso. Cuando la hiperactividad se presentó únicamente en la infancia y en el curso del tiempo ha sido sustituida por otra entidad como un trastorno de la personalidad o un abuso de sustancias, debe codificarse la entidad actual en lugar de la pasada.

Excluye: trastornos generalizados del desarrollo ([F84](#)) trastornos de ansiedad ([F41](#) ó [F93.0](#)) trastorno del humor (afectivo) ([F30](#) [F39](#)) esquizofrenia ([F20.0](#))

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta que son frecuentes los trastornos mixtos. Los trastornos generalizados del desarrollo tienen preferencia para el diagnóstico. Los mayores problemas para el diagnóstico radican en la diferenciación con el trastorno disocial. El trastorno hiperactivo tiene prioridad para el diagnóstico cuando se satisfacen sus pautas diagnósticas. No obstante, en los trastornos disociales son frecuentes grados leves de hiperactividad y de déficits de atención. Cuando estén presentes tanto los rasgos de trastorno hiperactivo como los de trastorno disocial si la hiperactividad es intensa y generalizada, el diagnóstico será trastorno hiperactivo disocial ([F90.1](#)).

Otro problema lo constituye el que una hiperactividad y falta de atención, pero de naturaleza diferente, pueden ser síntomas de un trastorno de ansiedad o de un trastorno depresivo. Así, la inquietud que es parte integrante de un trastorno depresivo agitado o de un trastorno de ansiedad grave no debe dar lugar al diagnóstico de trastorno hiperactivo. Si se satisfacen las pautas de uno de los trastornos de ansiedad ([F40](#), [F41](#), [F43](#) y [F92](#)), éste diagnóstico tiene preferencia sobre el de trastorno hiperactivo, a menos que este clara la presencia adicional de un trastorno hiperactivo basándose en otros rasgos además de la inquietud ansiosa. Análogamente si se satisfacen las pautas de un trastorno del humor (afectivo) ([F30](#) [F39](#)) no debe diagnosticarse un trastorno hiperactivo simplemente porque haya una disminución de la atención o una agitación psicomotriz.

Sólo podrá hacerse un doble diagnóstico cuando esté clara la presencia independiente de un trastorno hipercinético puesto de manifiesto por síntomas que no forman simplemente parte del trastorno del humor (afectivo).

El inicio agudo de un comportamiento hiperactivo en un niño en la edad escolar tiene grandes probabilidades de ser secundario a otro trastorno (psicógeno u orgánico), a un estado maniaco, a una esquizofrenia o a un trastorno neurológico (por ejemplo, fiebre reumática).

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención

Aunque no hay certeza sobre cual es la forma más satisfactoria de subdividir los trastornos hipercinéticos, estudios catamnésicos han puesto de manifiesto que la evolución en la adolescencia y en la edad adulta está muy influida por la presencia o ausencia de agresividad, comportamiento delictivo o conducta disocial. De acuerdo con esto, la principal subdivisión hace referencia a la presencia o ausencia de estos rasgos. Así [F90.1](#) es el diagnóstico adecuado cuando se satisface el conjunto de pautas de trastorno hipercinético ([F90](#)), pero no se satisface el de [F91](#) (trastorno disocial).

Incluye: trastorno de déficit de atención síndrome de déficit de atención con hiperactividad

Excluye: trastorno hipercinético asociado a trastorno disocial

F90.1 Trastorno hipercinético disocial

Este código se usará cuando se satisfaga el conjunto de pautas de trastorno hipercinético ([F90](#)) y el conjunto de pautas de trastorno disocial

F90.8 Otros trastornos hipercinéticos

F90.9 Trastorno hipercinético sin especificación

Se trata de una categoría residual no recomendable. Se usará únicamente cuando no es posible diferenciar entre [F90.0](#) y [F90.1](#), pero se satisface el conjunto de pautas de [F90](#).

Incluye: reacción hipercinético de la infancia y adolescencia sin especificar síndrome hipercinético de la infancia y adolescencia sin especificar

F91 TRASTORNOS DISOCIALES

Los trastornos disociales se caracterizan 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 el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en la que vive. Se trata por tanto de desviaciones más graves que la simple "maldad" infantil o rebeldía adolescente. Los actos antisociales o criminales aislados no

son, por sí mismos, base para el diagnóstico, que implica una forma duradera de comportamiento.

Los rasgos del trastorno disocial pueden también ser secundarios a otros trastornos psiquiátricos, en cuyo caso debe codificarse el diagnóstico del trastorno subyacente.

Los trastornos disociales pueden evolucionar en algunos casos hacia un trastorno disocial de la personalidad ([F60.2](#)). Los trastornos disociales suelen estar relacionados con un ambiente psicosocial desfavorable, entre ellos relaciones familiares no satisfactorias y fracaso escolar y se presenta con mas frecuencia en chicos. La distinción entre los trastornos disociales y los trastornos de las emociones es bien definida, mientras que su diferenciación del trastorno hiperkinético es menos clara y es frecuente un solapamiento entre ambos.

Pautas para el diagnóstico

La valoración de la presencia de un comportamiento antisocial debe tener en cuenta el nivel del desarrollo del niño. Las rabietas, por ejemplo, forman parte de un desarrollo normal a la edad de tres años y su mera presencia no debería ser una indicación para el diagnóstico. Del mismo modo, una violación de los derechos cívicos de otras personas (como un crimen violento), no se encuentra al alcance de la mayoría de los niños de siete años de edad, y por lo tanto, no constituye una pauta diagnóstica para este grupo de edad.

Las formas de comportamiento en las que se basa el diagnóstico pueden ser del tipo de las siguientes: grados excesivos de peleas o intimidaciones, 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, provocaciones, desafíos y desobediencia graves y persistentes. Cualquiera de estas categorías, si es intensa, es suficiente para el diagnóstico, pero los actos disociales aislados no lo son.

Son criterios de exclusión otros trastornos subyacentes, alguno de ellos poco frecuente, pero importante, como una esquizofrenia, una manía, trastornos del desarrollo, un trastorno hiperkinético y una depresión.

No se recomienda hacer este diagnóstico a menos que la duración del comportamiento descrito sea de seis o más meses.

Excluye: trastornos disociales asociados a:

- trastornos emocionales ([F92](#))
- trastornos hiperkinéticos ([F90.1](#))
- trastornos del humor (afectivos) ([F30 F39](#))
- trastornos generalizados del desarrollo ([F84](#))
- esquizofrenia ([F20](#))

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta que el trastorno disocial puede solaparse con otros trastornos. La coexistencia de trastornos de las emociones de la infancia ([F93](#)) lleva al diagnóstico de trastorno mixto de las emociones y trastorno disocial ([F92](#)). La categoría trastorno

hipercinético ([F90](#)) tiene prioridad si un caso satisface también las pautas de este trastorno hipercinético.

No obstante, grados ligeros o limitados a situaciones concretas de hiperactividad y de falta de atención se presentan con frecuencia en niños que padecen un trastorno disocial, así como también una baja estimación de sí mismo y trastornos emocionales menores. Ni unos ni otros excluyen el diagnóstico.

F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar

Esta categoría incluye trastornos disociales en los que el comportamiento disocial, antisocial o agresivo (que va más allá de manifestaciones oposicionistas, desafiantes o subversivas) está completamente, o casi completamente, restringido al hogar o a las relaciones con miembros de la familia nuclear o allegados. El trastorno requiere que se satisfaga el conjunto de pautas 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. Las manifestaciones más frecuentes son robos en el hogar referidos con frecuencia específicamente al dinero o a pertenencias de una o dos personas concretas, lo cual puede acompañarse de un comportamiento destructivo deliberado, de nuevo con preferencia referido a miembros concretos de la familia, tal como romper juguetes u objetos de adorno, ropas, hacer rayados en muebles o destrucción de pertenencias apreciadas. El diagnóstico puede basarse también en la presencia de actos de violencia contra miembros de la familia. Puede presentarse también la provocación de incendios deliberados del hogar.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico requiere que no esté presente ninguna alteración significativa del comportamiento antisocial fuera del ambiente familiar y que la relación social del niño fuera de la familia estén dentro de un rango normal.

En la mayoría de los casos, estos trastornos disociales limitados al contexto familiar han comenzado en relación con algún tipo de alteración intensa de las relaciones del chico con uno o más miembros de la familia nuclear. En algunos casos, por ejemplo, el trastorno puede haberse iniciado por conflictos con un padrastro o madrastra. Aceptada la validez nosológica de esta categoría, es posible que este comportamiento disocial tan específico de una situación, no implique el mal pronóstico general de trastornos disociales generalizados.

F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados

Este tipo de trastorno disocial se caracteriza por la combinación de un comportamiento disocial persistente o agresivo (que satisfacen el conjunto de pautas 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.

Pautas para el diagnóstico

El factor distintivo clave del trastorno disocial en niños no socializados lo constituye la falta de una integración efectiva entre los compañeros y tiene prioridad diagnóstica sobre las otras diferenciaciones. Los problemas de las relaciones con los compañeros se manifiestan principalmente por un aislamiento o un rechazo, por la impopularidad entre otros chicos y por una falta de amigos íntimos o de relaciones afectivas recíprocas y duraderas con los compañeros de la misma edad. Las relaciones con adultos tienden a estar marcadas por la discordia, la hostilidad y el resentimiento, pero pueden existir buenas relaciones con algunos adultos (aunque falta por lo general una confianza íntima), lo cual no descarta el diagnóstico. Con frecuencia, pero no siempre, se presentan alteraciones emocionales sobreañadidas, las que, si son de un grado suficiente para satisfacer las pautas del trastorno mixto, se codificarán de acuerdo con F92.

Si se presenta un comportamiento delictivo, lo típico, pero no indispensable, es que sea en solitario. Las formas características de comportamiento son: intimidaciones, peleas excesivas, y (en chicos mayores) extorsiones o atracos violentos y niveles excesivos de desobediencia, agresividad, falta de cooperación y resistencia a la autoridad, rabietas graves y accesos incontrolados de cólera, destrucción de propiedades ajenas, incendios y crueldad con otros niños y animales. No obstante, algunos chicos aislados se ven envueltos en delitos en grupo, de tal modo que la naturaleza del delito es menos importante para hacer el diagnóstico que la cualidad de las relaciones personales.

El trastorno es por lo general persistente en distintas situaciones, pero puede ser más manifiesto en el colegio o en la escuela.

La especificidad de una situación concreta distinta del hogar es compatible con el diagnóstico.

Incluye: trastorno agresivo no socializado con agresividad trastorno disocial solitario de tipo agresivo

F91.2 Trastorno disocial en niños socializados

Esta categoría incluye formas de comportamiento disocial y agresivo (que se satisfacen el conjunto de las pautas de F91 y que no son simplemente manifestaciones oposicionistas, desafiantes o subversivas). Se presenta en individuos por lo general bien integrados en grupos de compañeros.

Pautas para el diagnóstico

El rasgo diferencial clave es la existencia de amistades adecuadas y duraderas con compañeros de aproximadamente la misma edad. Con frecuencia, pero no siempre, el grupo de compañeros lo constituyen otros jóvenes implicados en actividades delictivas o disociales (en tal caso el comportamiento inaceptable del chico puede estar aprobado por los compañeros y regulado por normas de la subcultura a la que pertenece). No obstante, este no es un requisito necesario para el diagnóstico y el chico puede formar parte de un grupo de compañeros no delincuentes y el comportamiento antisocial tener lugar fuera de este contexto. Puede haber relaciones alteradas con las víctimas o con algunos otros chicos

si el comportamiento disocial implica intimidación. De nuevo, esto no invalida el diagnóstico, con tal que el chico tenga alguna pandilla a la cual es leal y con cuyos miembros le une una amistad duradera.

Las relaciones con figuras de autoridad adultas tienden a ser malas, pero pueden existir buenas relaciones con algunas personas concretas. Las alteraciones emocionales suelen ser mínimas. El comportamiento disocial puede extenderse también al ambiente familiar, pero si se limita al hogar, debe descartarse este diagnóstico. Con frecuencia el trastorno es más evidente fuera del contexto familiar y el hecho que tenga una relación específica con el colegio u otros ambientes fuera del seno familiar, es compatible con el diagnóstico.

Incluye: trastorno disocial "en pandilla" delincuencia en grupo delitos formando parte de una banda robos en compañía ausencias escolares.

Excluye: actividades de bandas sin trastornos psiquiátricos manifiestos (Z03.2)

F91.3 Trastorno disocial desafiante y oposicionista

Este tipo de trastorno disocial es característico de niños con edades por debajo de los 9 ó 10 años. Viene definido por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobedientes y provocador y la ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violen la ley y los derechos de los demás. El trastorno requiere que se satisfagan las pautas generales de [F91](#). Un comportamiento malicioso o travieso grave no es en sí mismo suficiente para el diagnóstico.

Muchos autores consideran que las formas de comportamiento de tipo oposicionista desafiante representan una forma menos grave de trastorno disocial, mas bien que un tipo cualitativamente distinto. No hay datos experimentales sobre si la diferencia es cuantitativa o cualitativa. Sin embargo, los hallazgos actuales sugieren que si se tratara de un trastorno distinto, lo sería principal o únicamente en los niños más pequeños. Se debe utilizar esta categoría con cautela, sobre todo con los niños de mayor edad. Los trastornos disociales clínicamente significativos en los niños mayores suelen acompañarse de un comportamiento disocial o agresivo que van más allá del desafío, la desobediencia o la subversión, aunque con frecuencia suele precederse de por un trastorno disocial oposicionista en edades más tempranas. Esta categoría se incluye para hacerse eco de la práctica diagnóstica habitual y facilitar la clasificación de los trastornos que aparecen en los niños pequeños.

Pautas para el diagnóstico

El rasgo esencial de este trastorno es una forma de comportamiento persistentemente negativista, hostil, desafiante, provocadora y subversiva que está claramente fuera de los límites normales de comportamiento de los niños de la misma edad y contexto sociocultural y que no incluye las violaciones más importantes de los derechos ajenos que se reflejan en el comportamiento agresivo y disocial especificado para las categorías de trastornos disociales [F91.0](#) a [F91.2](#). Los niños con este trastorno tienden frecuentemente a oponerse activamente a las peticiones o reglas de los adultos y a molestar deliberadamente a otras personas. Suelen tender a sentirse enojados, resentidos y fácilmente irritados por aquellas personas que les culpan por sus propios errores o dificultades. Generalmente tienen una baja tolerancia a la frustración y pierden el control fácilmente. Lo más característico es que sus desafíos sean en forma de provocaciones, que dan lugar a enfrentamientos. Por lo

general se comportan con niveles excesivos de grosería, falta de colaboración y resistencia a la autoridad.

Este tipo de comportamiento suele ser más evidente en el contacto con los adultos o compañeros que el niño conoce bien y los síntomas del trastorno pueden no ponerse de manifiesto durante una entrevista clínica.

La diferencia clave con otros tipos de trastornos disociales es la ausencia de violación de las leyes o de los derechos fundamentales de los demás, tales como el robo, la crueldad, la intimidación, el ataque o la destrucción. La presencia definitiva de cualquiera de estas formas de comportamiento excluye el diagnóstico. Sin embargo, el comportamiento disocial opositor desafiante, tal como se ha perfilado en el anterior párrafo, se encuentra con frecuencia en otros trastornos disociales. Se deberá codificar cualquier otro tipo de trastorno disocial ([F91.0](#) [F91.2](#)) con preferencia al trastorno disocial desafiante opositor.

Excluye: trastornos disociales con comportamiento abiertamente disocial o agresivo ([F91.0](#) [F91.2](#))

F91.8 Otros trastornos disociales

F91.9 Trastorno disocial sin especificación

Se trata de una categoría residual no recomendada, para trastornos que satisfagan las pautas generales de [F91](#), pero queda para los casos en los que el subtipo no ha sido especificado o que no satisfacen las pautas de ninguno de los subtipos específicos.

Incluye: trastorno disocial de la infancia sin especificar trastorno del comportamiento de la infancia sin especificar.

F92 TRASTORNOS DISOCIALES Y DE LAS EMOCIONES MIXTOS

Este grupo de trastornos se caracteriza por la combinación persistente de un comportamiento agresivo, disocial o retador, con manifestaciones claras y marcadas de depresión, ansiedad u otras alteraciones emocionales.

Pautas para el diagnóstico

La gravedad del trastorno debe ser suficiente como para que se satisfagan las pautas de trastorno disocial de la infancia ([F91](#)) y del trastorno de las emociones de comienzo específico en la infancia ([F93](#)), de un trastorno neurótico del adulto ([F40-49](#)) o de trastorno del humor (afectivo) ([F30-39](#)).

Aún no se han llevado a cabo investigaciones suficientes como para establecer que esta categoría está claramente diferenciada de los trastornos disociales de la infancia. Se incluye aquí por su potencial importancia etiológica y terapéutica y por contribuir a una mayor fiabilidad de la clasificación.

F92.0 Trastorno disocial depresivo

Esta categoría diagnóstica requiere la combinación de rasgos de trastorno disocial de la infancia ([F91](#)) y de depresión persistente y marcada del estado de ánimo, puesta de manifiesto por síntomas tales como sentimientos excesivos de infelicidad, pérdida de interés y placer por las actividades habituales, reproches hacia sí mismo, desesperanza. También pueden estar presentes trastornos del sueño o del apetito.

Incluye: trastorno disocial ([F91](#)) asociado a un trastorno depresivo ([F30 F39](#))

F92.8 Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos

Esta categoría requiere la combinación de trastorno disocial ([F91](#)) de la infancia con síntomas emocionales persistentes y marcados, tales como ansiedad, temores, obsesiones o compulsiones, despersonalización o desrealización, fobias o hipocondría. La cólera y el resentimiento son más bien rasgos de un trastorno disocial que de un trastorno de las emociones, pero en sí ni contradicen ni apoyan el diagnóstico.

Incluye: trastorno disocial ([F91](#)) asociado a un trastorno de las emociones ([F93](#)) trastorno disocial ([F91](#)) asociado a un trastorno neurótico ([F40 F48](#))

F92.9 Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación

F93 TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO ESPECIFICO EN LA INFANCIA

En psiquiatría infantil tradicionalmente se ha hecho la diferenciación entre los trastornos de las emociones específicos de la infancia y la adolescencia y los trastornos neuróticos característicos del adulto. Cuatro han sido las justificaciones principales para esta diferenciación:

Primera, los hallazgos de la investigación han coincidido en demostrar que la mayoría de los niños con trastornos de las emociones llega a convertirse en adultos normales (sólo en una minoría se presentan trastornos neuróticos en la vida adulta). Por el contrario, muchos trastornos neuróticos del adulto parecen tener comienzo en la vida adulta sin antecedentes psicopatológicos significativos en la infancia. Por tanto hay una considerable discontinuidad entre los trastornos de las emociones que aparecen en cada uno de estos dos períodos.

Segunda, muchos trastornos de las emociones de la infancia parecen constituir exageraciones de las tendencias normales del desarrollo, más que fenómenos cualitativamente anormales en sí mismos.

Tercera, relacionada con la anterior, a menudo se ha referido la presunción teórica de que los mecanismos psicológicos implicados en los trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia, pudieran no ser los mismos en estos trastornos que en las neurosis del adulto.

Cuarta, en los trastornos de las emociones de la infancia las manifestaciones de ciertas entidades específicas tales como los trastornos fóbicos o los trastornos obsesivos son menos claras.

El tercer punto carece de validación empírica y los datos epidemiológicos sugieren que si el cuarto es correcto es sólo una cuestión de grado (referidos a trastornos de las emociones mal diferenciados bastante frecuentes tanto en la infancia como en la vida adulta). En consecuencia, el segundo rasgo (la adecuación al período evolutivo) es el rasgo diagnóstico clave para definir la diferencia entre los trastornos de las emociones de comienzo específico en la infancia ([F93](#)) de los trastornos neuróticos ([F40-49](#)). La validez de esta distinción es incierta, pero hay datos empíricos que sugieren que los trastornos que afectan de un modo característico a la infancia tienen un mejor pronóstico.

F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia

Es normal que los niños pequeños y en edad preescolar presenten un cierto grado de ansiedad ante las separaciones reales o la amenaza de las mismas de personas significativas con las que están vinculados. El trastorno de ansiedad de separación se diagnosticará sólo cuando el temor a la separación constituya el foco de la ansiedad, y cuando la ansiedad aparezca por primera vez en edades tempranas. Este trastorno se diferencia de la ansiedad normal de separación por su gravedad que es de un grado estadísticamente anormal (incluyendo su persistencia anormal más allá de la edad habitual) y cuando se acompañe de un comportamiento social significativamente restringido. Además, el diagnóstico requiere que no haya alteraciones generalizadas del desarrollo de la personalidad (si están presentes debe tomarse en cuenta la posibilidad de las categorías [F40-F49](#)). La ansiedad de separación que comienza en una edad no adecuado al momento evolutivo (por ejemplo, durante la adolescencia) no debe ser codificado de acuerdo con esta categoría a menos que constituya la persistencia de lo que fue una ansiedad de separación infantil propiamente dicha.

Pautas para el diagnóstico

El rasgo diagnóstico clave es una ansiedad excesiva y centrada en la separación de individuos con los que el niño está vinculado (por lo general los padres u otros miembros de la familia) y no es simplemente parte de una ansiedad generalizada ante múltiples situaciones posibles. La ansiedad de separación puede presentarse como:

- a) preocupación injustificada a posibles daños que pudieran acaecer a personas significativas o temor a que alguna de estas le abordara
- b) preocupación injustificada a que un acontecimiento adverso le separe de una persona significativa (como por ejemplo, poder perderse, ser secuestrado, ingresado en un hospital o asesinado)
- c) desagrado o rechazo persistente a ir al colegio por el temor a la separación (más que por otras razones como miedo a algo que pudiere suceder en el colegio)
- d) desagrado o rechazo persistente a irse a la cama sin compañía o

cercanía de alguna persona significativa

e) temor inadecuado y persistente a estar solo, o sin la persona significativa, en casa durante el día

f) pesadillas reiteradas sobre la separación

g) síntomas somáticos reiterados (tales como náuseas, gastralgias, cefaleas o vómitos) en situaciones que implican la separación de una persona significativa, tal y como salir de casa para ir al colegio y

h) malestar excesivo y recurrente (en forma de ansiedad, llantos, rabietas, tristeza, apatía o retraimiento social) en anticipación, durante o inmediatamente después de la separación de una figura de vínculo importante.

Muchas situaciones que implican separación también traen consigo otras posibles fuentes de tensión o de ansiedad. El diagnóstico se basa en la comprobación de que el elemento común a las diversas situaciones en las que surge la ansiedad es la separación de una persona significativa. La angustia relacionada con el rechazo (o fobia) escolar suele ser expresión de una ansiedad de separación, aunque no siempre (en especial en la adolescencia). El rechazo escolar que aparece por primera vez en la adolescencia no debe codificarse aquí a menos que,

a) sea primariamente una expresión de ansiedad de separación y

b) que la ansiedad estuviera ya presente en un grado anormal durante la etapa preescolar. Si no se satisfacen estas pautas el síndrome debe ser codificado de acuerdo con alguna de las categorías [F93](#) o [F40 F49](#).

Excluye: trastorno de ansiedad fóbica de la infancia ([F93.1](#)) trastorno de hipersensibilidad social de la infancia ([F93.2](#)) trastornos del humor (afectivos) ([F30 39](#)) trastornos neuróticos ([F40 49](#))

F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia

Los niños, al igual que los adultos, pueden padecer temores concretos a un amplio rango de objetos y situaciones. Algunos de estos temores (o fobias) no forman parte del desarrollo psicosocial normal, como en el caso de la agorafobia. Cuando estos temores se presentan en la infancia deben ser catalogados de acuerdo con la categoría de la sección [F40 F49](#). No obstante algunos temores tienen una marcada especificidad para una fase evolutiva y se presentan en grados variables en la mayoría de los niños, por ejemplo, temores a animales en el período preescolar.

Pautas para el diagnóstico

Esta categoría debe ser sólo usada para temores que se presentan en períodos evolutivos específicos y cuando se satisfacen las pautas adicionales para todos los trastornos de [F93](#) y:

- a) el comienzo ha tenido lugar en el período evolutivo adecuado
- b) el grado de ansiedad es clínicamente anormal y
- c) la ansiedad no forma parte de un trastorno mas amplio.

Excluye: trastorno de ansiedad generalizada ([F41.2](#))

F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia

La desconfianza ante extraños es un fenómeno normal en la segunda mitad del primer año de la vida y es normal durante la primera infancia, un cierto grado de aprehensión social o ansiedad, cuando los niños se encuentran en situaciones nuevas, extrañas o amenazantes. Esta categoría deberá ser usada sólo para trastornos que se presentan antes de los seis años de edad, que son de una intensidad poco frecuente, que se acompañan de dificultades sociales y que no forman parte de un trastorno de las emociones más amplio.

Pautas para el diagnóstico

Los afectados por este trastorno presentan ante los extraños un temor persistente o recurrente o un comportamiento de evitación. El temor puede aparecer principalmente ante adultos o ante compañeros. El temor se acompaña de un grado normal de dependencia selectiva de los padres o de otros familiares. La evitación o el temor a encuentros sociales es de tal grado que desborda los límites normales para la edad del chico y se acompaña de una incapacidad social claramente significativa.

Incluye: trastorno por evitación de la infancia o la adolescencia

F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos

La mayoría de niños menores presentan alteraciones emocionales tras el nacimiento del hermano que les sigue. En la mayoría de los casos el trastorno es leve, pero la rivalidad o los celos surgidos tras el nacimiento del hermano menor pueden persistir marcadamente en algunos casos.

Pautas para el diagnóstico

El trastorno se caracteriza por la combinación de:

- a) presencia de rivalidad o celos fraternos
- b) comienzo durante los meses siguientes al nacimiento del hermano menor generalmente inmediato y
- c) trastorno de las emociones en grado y persistencia anormales y acompañado de problemas psicosociales.

La rivalidad o celos entre hermanos puede manifestarse por una competitividad marcada

con los hermanos para lograr la atención y el afecto de los padres. Por esto, para ser considerados como anormales deben acompañarse de un grado poco frecuente de sentimientos negativos. En casos graves puede acompañarse de hostilidad y agresiones físicas o maldad e infamias hacia el hermano. En los casos menos graves, puede manifestarse por un rechazo a compartir objetos, una falta de consideración y relaciones amistosas empobrecidas.

El trastorno de las emociones puede adoptar formas muy variadas con frecuencia se acompaña además de alguna regresión con pérdida de capacidades previamente adquiridas (tal como control anal o vesical) y una predisposición a un comportamiento pueril. A menudo, el enfermo quiere imitar al bebé en actividades que le proporcionan atención de los progenitores como la alimentación. Suele haber un aumento de las confrontaciones o comportamiento oposicionista con los padres, rabietas acompañadas de agitación y trastornos de las emociones como ansiedad, tristeza o aislamiento social. El sueño puede estar alterado y con frecuencia hay un aumento de la actividad dirigida hacia la búsqueda de atención de los padres, como en los momentos de ir a la cama.

Incluye: celos entre hermanos

Excluye: rivalidades con compañeros (no hermanos)

F93.8 Otros trastornos de las emociones de la infancia

Incluye: trastorno de identidad trastorno de ansiedad rivalidades entre compañeros (no hermanos)

Excluye: trastorno de la identidad sexual en la infancia ([F64.2](#))

F93.9 Trastorno de las emociones de la infancia sin especificación

Incluye: trastorno emocional de la infancia sin especificación.

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 suelen añadirse distorsiones o privaciones ambientales graves que juegan a menudo un papel crucial en la etiología. No existen marcadas diferencias según el sexo. Este grupo de trastornos del comportamiento social se reconocen bien en la práctica, pero las pautas que definen el diagnóstico carecen de certeza y no hay acuerdo en cuanto a la forma más adecuada de subdividirlos y clasificarlos.

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 y previsibles. Lo más frecuente es que el trastorno se manifieste en la primera infancia. Su incidencia es aproximadamente la misma en ambos sexos y suele acompañarse de rasgos marcados de ansiedad social, retraimiento, hipersensibilidad o negativismo. Es típico que el niño hable en casa o con sus amigos íntimos pero permanezca mudo en la escuela o ante extraños. Pueden presentarse también otras formas (incluso lo contrario a lo descrito).

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico presupone:

- a) nivel de comprensión del lenguaje normal o casi normal
- b) capacidad de expresión del lenguaje que es suficiente para la comunicación social y
- c) presencia demostrable que el enfermo puede hablar, y habla normalmente o casi normalmente, en algunas situaciones concretas.

Sin embargo, una minoría significativa de niños con mutismo selectivo tiene antecedentes de otro retraso del lenguaje o presenta problemas de articulación del mismo lo cual no excluye el diagnóstico, con tal que haya un nivel adecuado de desarrollo del lenguaje para una comunicación efectiva y una gran disparidad en como se utiliza el lenguaje según el contexto social, como por ejemplo que el niño hable de manera fluida en algunas ocasiones y permanezca mudo o casi mudo en otras.

Además debe estar presente un fracaso para hablar en algunas situaciones sociales concretas pero no en otras. El diagnóstico requiere que el trastorno del lenguaje sea persistente y que haya constancia y posibilidad de predecir las situaciones en las que la expresión oral tiene lugar o no.

Suelen presentarse además otras alteraciones emocionales en relación con las circunstancias sociales, pero éstas no forman parte de los rasgos necesarios para el diagnóstico. Estas alteraciones no son siempre las mismas, pero son frecuentes rasgos anormales del modo de ser (en especial hipersensibilidad social, ansiedad social y retraimiento social) y es frecuente un comportamiento oposicionista.

Incluye: mutismo electivo

Excluye: mutismo transitorio que forma parte de una ansiedad de separación en la primera infancia ([F93.0](#)) trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje ([F80](#)) trastornos generalizados del desarrollo ([F84](#)) esquizofrenia ([F20](#))

F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo

Se trata de un trastorno que se presenta en la edad de la lactancia y en la primera infancia que 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. Es típica la presencia de temor y preocupación inconsolables. También lo son una relación social con los compañeros empobrecida. Son frecuentes las auto y heteroagresiones, la tristeza y en algunos casos un retraso del crecimiento. El síndrome se presenta probablemente como consecuencia directa de una carencia parental, abusos o malos tratos graves. La existencia de esta forma de comportamiento es algo claramente reconocido y aceptado, pero hay una cierta incertidumbre sobre las pautas diagnósticas a aplicar, los límites del síndrome y si se trata de una entidad nosológica válida.

No obstante, esta categoría se incluye aquí por la importancia del síndrome para la salud pública, ya que no hay duda de su existencia (a pesar de la falta de acuerdo sobre una definición precisa) y porque las formas de comportamiento características de esta categoría no satisfacen las pautas de otra categoría diagnóstica.

Pautas para el diagnóstico

El rasgo distintivo es una forma anormal de relación con las personas encargadas del cuidado del niño, que se presenta antes de los cinco años de edad, que implica rasgos de mala adaptación de ordinario no presentes en el niño normal, que son persistentes pero que aún responden a cambios suficientemente marcados en la forma de crianza.

Los niños pequeños afectados de este síndrome presentan reacciones muy contradictorias o ambivalentes que se manifiestan en los momentos de separación y en los reencuentros. Así, los niños pueden reaccionar al ser cogidos en brazos con una actitud de lejanía o con una agitación rabiosa o pueden responder a las personas que les cuidan con una mezcla de contacto y rechazo emocionales y resistencia a dejarse consolar. Pueden presentarse alteraciones emocionales, tales como una aparente tristeza, pérdida de las respuestas emocionales, retraimiento, tal y como acurrucarse en el suelo, reacciones o respuestas agresivas al sentir malestar o percibirlo en otros y en algunos casos un temor y una hipervigilancia (descrito a veces como "atención congelada") que son insensibles al consuelo. En la mayoría de los casos los niños muestran interés en las relaciones con los compañeros, pero la actividad lúdica está inhibida por respuestas emocionales negativas. El trastorno de la vinculación puede acompañarse de un retraso del desarrollo somático, con inhibición del crecimiento (lo cual debe ser codificado de acuerdo con la categoría adecuada, R62).

En muchos niños normales se presenta una inseguridad en el modo de vincularse con uno u otro progenitor, lo cual no debe confundirse con el trastorno reactivo de la vinculación, del que difiere en varios aspectos importantes. El trastorno se caracteriza por un tipo anormal de inseguridad, puesta de manifiesto en forma de destacadas respuestas sociales contradictorias, que no se presentan de ordinario en niños normales. Las respuestas anormales abarcan a diferentes situaciones sociales y no se reducen a la relación diádica con una de las personas en particular que cuidan al niño. Los intentos de consuelo carecen de eficacia y a ellos se añaden alteraciones emocionales del tipo de apatía, tristeza o temor. Hay cinco rasgos principales que diferencian este trastorno de los trastornos generalizados

del desarrollo. Primero, los niños con un trastorno reactivo de la vinculación tienen una capacidad normal para la interacción social y la empatía, de la que carecen aquellos con un trastorno generalizado del desarrollo. En segundo lugar, mientras que en las alteraciones reactivas de la vinculación las formas anormales de respuestas sociales son al comienzo un rasgo general del comportamiento en muchas situaciones, estos remiten, incluso de un modo muy marcado, si el niño pasa a criarse en un entorno normal que le provea de continuidad en los cuidados. Esto no ocurre con los trastornos generalizados del desarrollo. En tercer lugar, aunque los niños con trastornos reactivos de la vinculación pueden presentar dificultades del desarrollo del lenguaje (del tipo descrito en F80.4), no presentan los rasgos anormales de comunicación característicos del autismo. En cuarto lugar, a diferencia del autismo, los trastornos reactivos de la vinculación no se acompañan de graves y persistentes déficits cognoscitivos que no responden significativamente a cambios ambientales. En quinto lugar la presencia de formas de comportamiento, de intereses y de actividad persistentemente restringidos, repetitivos y estereotipados no son una característica de los trastornos de vinculación en la infancia reactivos.

Los trastornos de vinculación reactivos hacen su aparición siempre en relación con cuidados notoriamente inadecuados para el niño. Pueden tomar la forma de un abuso psicológico o negligencia (como se pone de manifiesto por la presencia de castigos graves, persistente falta de adecuación de las respuestas a las demandas del niño o una incapacidad por parte de los padres para llevar a cabo su función), o abuso o abandono físico (como se pone de manifiesto por un persistente descuido de las necesidades básicas del niño, agresiones reiteradas y deliberadas, o una nutrición insuficiente). Dado que es aun escaso el conocimiento sobre la relación entre los cuidados inadecuados al niño y este trastorno, la presencia de carencias y distorsiones ambientales no son un requisito para el diagnóstico. Sin embargo se tendrá precaución al utilizar este diagnóstico en la ausencia de abuso o negligencia. A la inversa, el diagnóstico no deberá hacerse de un modo automático basándose en la presencia de abuso o negligencia, ya que no en todo niño maltratado o abandonado se presenta éste trastorno.

Excluye: variación normal de los modos de vinculación selectiva trastorno de la vinculación de la infancia desinhibido (F94.2) síndrome de Asperger (F84.5) abuso sexual o físico en la infancia con problemas psicosociales (Z61.4 Z61.6) síndrome de malos tratos en la infancia con problemas físicos (T74)

F94.2 Trastorno de 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. Una vez consolidada presenta una tendencia a persistir a pesar de cambios significativos en las circunstancias ambientales. Alrededor de los dos años se manifiesta por una conducta pegajosa y un comportamiento persistente y disperso de vinculación no selectiva. A los cuatro años las vinculaciones difusas permanecen, pero las conductas pegajosas tienden a ser sustituidas por una búsqueda de atención y un comportamiento cariñoso indiscriminado. En el período medio y tardío de la infancia los niños afectados pueden haber desarrollado vínculos selectivos, pero el comportamiento de búsqueda de afecto suele persistir y es habitual con los compañeros una relación pobremente modulada. Dependiendo de las circunstancias, pueden presentarse además alteraciones emocionales y del comportamiento. El síndrome ha sido reconocido con mayor claridad en niños criados en instituciones para la infancia, pero se presenta también en

otras circunstancias. Suele aceptarse que se debe en parte a una falta de ocasiones para desarrollar vínculos selectivos, que es consecuencia de cambios extremadamente frecuentes de personal cuidador. La unidad conceptual del síndrome depende de la aparición precoz de una vinculación difusa, de relaciones sociales empobrecidas persistentes, y de la ausencia de circunstancias desencadenantes específicas.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico se basa en la evidencia de que el niño presenta un grado poco frecuente de dispersión en la selección de vínculos durante los primeros cinco años de su vida, a lo que se asocia un comportamiento característico en forma de una conducta pegajosa durante la infancia o una afectividad indiscriminada, y un manifestaciones de llamada de atención en la infancia precoz y media. Suele presentarse una dificultad para establecer relaciones afectivas íntimas con los compañeros y pueden presentarse además alteraciones emocionales o del comportamiento (dependiendo en parte de otras circunstancias concomitantes). En la mayoría de los casos hay antecedentes claros de una crianza en los primeros años caracterizado por una marcada discontinuidad de las personas que cuidan al niño o por múltiples cambios en domicilios familiares (así como múltiples domicilios en familias alternativas).

Incluye: síndrome institucional psicopatía por carencia afectiva

Excluye: trastorno hiperactivo o por déficit de atención ([F90](#)) trastorno de vinculación de la infancia reactivo ([F94.1](#)) síndrome de Asperger ([F84.5](#)) hospitalismo en niños ([F43.2](#))

F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia

Incluye: trastornos del comportamiento social con retraimiento y timidez debidos a deficiencias en la sociabilidad.

F94.9 Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación

F95 TRASTORNOS DE TICS

Se trata de un conjunto de síndromes en los que la manifestación predominante es una de las formas de los tics. Un tic es un movimiento involuntario, rápido, reiterado, arrítmico que por lo general afecta a un grupo circunscrito de músculos o una vocalización de aparición brusca y que carece de un propósito aparente. Los tics tienden a ser vivenciados como irreprimibles, pero a menudo pueden ser controlados durante un cierto tiempo. Tanto los tics motores como los fonatorios pueden dividirse en simples y complejos, aunque estos límites no están bien definidos. Los tics motores simples mas 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 mas frecuentes son autoagresiones, saltos y brinco. Los tics fonatorios complejos que mas 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).

La gravedad de los tics varía mucho. Por una parte el fenómeno es casi normal en quizás la quinta a la décima parte de los niños, los cuales presentan tics transitorios en alguna ocasión. En el otro extremo, el síndrome de Gilles de la Tourette es un trastorno crónico poco frecuente e incapacitante. Se desconoce si esos extremos son categorías diferentes o más bien los extremos de un espectro único. Para muchos autores esto último es lo más probable. Los trastornos de tics son claramente más frecuentes en los chicos que en las chicas y son frecuentes los antecedentes familiares de tics.

Pautas para el diagnóstico

Los rasgos más importantes que diferencian los tics de otros trastornos motores son la repentina rapidez, la transitoriedad y la naturaleza circunscrita de los movimientos, la falta de trastornos neurológicos subyacentes, la reiteración, el hecho que suelen desaparecer durante el sueño y la facilidad con la que pueden ser reproducidos o suprimidos voluntariamente. La falta de ritmicidad diferencia de los movimientos estereotipados que se presentan en algunos casos de autismo o de retraso mental.

Los manierismos que se observan en estos mismos trastornos tienden a abarcar movimientos más complejos y variados de los que suelen presentarse en los tics. Las manifestaciones obsesivo compulsivas a veces recuerdan tics complejos, pero difieren en que sus formas tienden a estar definidas por una finalidad (tal como tocar algún objeto o girar sobre sí un número determinado de veces) mas que por la actividad de los grupos musculares implicados. Sin embargo, en ocasiones es difícil la diferenciación de ambos fenómenos.

Los tics suelen presentarse en forma de fenómenos aislados, pero no es raro que se acompañen de una amplia variedad de trastornos de las emociones, y en especial con fenómenos obsesivos e hipocondriacos. Sin embargo, los tics pueden acompañar a retrasos específicos del desarrollo.

No hay una línea clara de división entre los trastornos de tics acompañados de algún trastorno de las emociones y los trastornos emocionales acompañados de algunos tics. El diagnóstico vendrá definido por la anomalía de mayor intensidad.

F95.0 Trastorno de tics transitorios

Se trata de trastornos que satisfacen las pautas generales de los tics, pero en los que éstos no persisten más de 12 meses. Esta es la forma más frecuente entre los cuatro o cinco años de edad y por lo general los tics toman la forma de guiños de ojos, muecas o sacudidas de cuello. En algunos casos se presentan como un episodio único, pero en otros hay durante varios meses remisiones y recaídas.

F95.1 Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios

Se trata de trastornos en los que se satisfacen las pautas generales de los tics, una veces motores y otras fonatorios (pero no ambos a la vez), que pueden ser tanto simples como, lo

que es mas frecuente, complejos y que duran más de un año.

F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette)

Se trata de una forma de trastornos de tics en el 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 comienzo casi siempre es en la infancia o en la adolescencia. Son frecuentes antecedentes de tics motores antes de que se presenten los tics fonatorios. Los síntomas suelen empeorar durante la adolescencia y es habitual que la alteración persista en la edad adulta.

Los tics fonatorios suelen ser complejos, 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). Los tics motores y los tics fonatorios pueden ser suprimidos voluntariamente durante cortos períodos de tiempo, exacerbarse durante situaciones estresantes y desaparecer durante el sueño.

F95.8 Otros trastornos de tics

F95.9 Trastorno de tics sin especificación

Se trata de una categoría residual no recomendada, para un trastorno en el que se satisfacen las pautas generales de los trastornos de tics pero en el que no se especifica la subcategoría concreta o en la cual los rasgos no satisfacen las pautas de [F95.0](#), [F95.1](#) o [F95.2](#).

F98 OTROS TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Este apartado incluye un grupo heterogéneo de trastornos que comparten la característica de su comienzo en la infancia, pero por otra parte difieren en muchos aspectos. Algunos de los trastornos incluidos en esta categoría constituyen síndromes bien definidos, pero otros no son mas que complejos de síntomas en los cuales no hay evidencia suficiente para su validez nosológica, pero cuya inclusión es necesaria debido a su frecuencia y a su relación con desajustes psicosociales y por no poder ser incorporados a otros síndromes.

Excluye: ataques de retener la respiración (R06.8) trastorno de la identidad sexual en la infancia ([F64.2](#)) hipersomnio y megafagia (síndrome de Kleine Levin, G47.8) trastornos del sueño ([F51](#)) trastorno obsesivo compulsivo ([F42](#))

F98.0 Enuresis no orgánica

Se trata de un trastorno caracterizado por la emisión involuntaria de orina, bien durante las horas diurnas, durante la noche, 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 (por ejemplo, como una prolongación anormal

de la incontinencia normal infantil) o bien aparecer después de un período de control vesical adecuado. La variedad de comienzo tardío (o secundaria) suele iniciarse entre los cinco y los siete años de edad. La enuresis puede ser un trastorno aislado o bien puede acompañar a un trastorno de las emociones o del comportamiento más amplio. En este último caso no hay certeza sobre los mecanismos implicados en esta asociación. Los problemas emocionales pueden presentarse como una consecuencia secundaria a las molestias producidas por la enuresis, al sentirse estigmatizado por la misma o formar parte de algún otro trastorno psiquiátrico, o bien ambos, la enuresis y el trastorno de las emociones de comportamiento pueden presentarse paralelamente, como expresión de factores etiológicos corrientes.

No hay una manera correcta y clara de decidir en casos concretos entre estas alternativas y el diagnóstico se hará teniendo en cuenta qué tipo de trastorno (la enuresis o la alteración emocional o del comportamiento) es el problema principal.

Pautas para el diagnóstico

No existe una línea de separación clara entre las variaciones normales de la edad de adquisición del control vesical y el trastorno enurético. Sin embargo, la enuresis, por lo general, no debe diagnosticarse en niños menores de cinco años de edad o con una edad mental inferior a cuatro años. Si la enuresis se acompaña de alguna otra alteración, emocional o del comportamiento, la enuresis será el primer diagnóstico sólo si la emisión involuntaria de la orina tuviese lugar al menos varias veces por semana y el resto de los síntomas presentasen variaciones a lo largo del tiempo relacionados con la intensidad de la enuresis. La enuresis se acompaña en ocasiones de encopresis. En este caso se hará el diagnóstico de encopresis.

Hay veces en las que un niño presenta una enuresis transitoria como consecuencia de una cistitis o de una poliuria (como en una diabetes). Sin embargo, esto no es una explicación suficiente para la enuresis que persiste después que la infección o la poliuria hayan remitido. No es raro que una cistitis sea secundaria a una enuresis, por haber aparecido una infección ascendente del tracto urinario (en especial en niñas) como consecuencia de la humedad persistente.

Incluye: enuresis funcional enuresis psicógena incontinencia urinaria no orgánica enuresis de origen no orgánico, primaria o secundaria

Excluye: enuresis sin especificación (R32)

F98.1 Encopresis no orgánica

Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia reiterada de deposiciones voluntarias o involuntarias de heces 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 [\(F91\)](#).

Pautas para el diagnóstico

El elemento principal del diagnóstico es la emisión inadecuada de heces, la cual puede manifestarse de diferentes formas. En primer lugar, puede ser la expresión de una enseñanza inadecuada del control de esfínteres o de un fallo en el aprendizaje de dicha enseñanza, con antecedentes de un continuo fracaso del control de los esfínteres. En segundo lugar puede ser expresión de un determinado trastorno psicológico en el cual hay un control fisiológico normal de la función, pero que por alguna razón hay un rechazo, resistencia o fracaso a la aceptación de las normas sociales sobre el defecar en los lugares adecuados. En tercer lugar, puede ser consecuencia de una retención fisiológica por la impactación de las heces, con un desbordamiento secundario y deposición de heces en lugares no adecuados. Esta retención puede haber tenido origen en las consecuencias de tensiones entre padres e hijos sobre el aprendizaje del control de esfínteres, de la retención de heces a causa de una defecación dolosa (por ejemplo, como a consecuencia de una fisura anal) o por otras razones.

En algunas ocasiones la encopresis puede ir acompañada de untar con heces el propio cuerpo o el medio circundante y menos frecuentemente por manipulaciones o masturbaciones anales. Con frecuencia se acompaña de algún grado de trastorno de las emociones o del comportamiento. No está clara la línea de separación entre la encopresis que acompaña a algún trastorno de las emociones o del comportamiento y los trastornos psiquiátricos en los que la encopresis es uno de sus síntomas. El criterio diagnóstico recomendado es codificar la encopresis si es la manifestación predominante y si el otro trastorno no lo es (siempre que la frecuencia de la encopresis sea al menos de una vez por mes). No es rara la asociación de encopresis y enuresis, en este caso la codificación de la encopresis tiene preferencia sobre la enuresis. A veces la encopresis puede tener una etiología somática, como por ejemplo, una fisura anal o una infección gastrointestinal. La causa orgánica es el diagnóstico a tener en cuenta si es una explicación suficiente para la deposición fecal. Sin embargo, si es sólo la causa precipitante o desencadenante, debe utilizarse el código [F98.1](#), añadiéndolo al trastorno somático.

Diagnóstico diferencial

Es importante tener en cuenta los siguientes diagnósticos:

- a) encopresis consecuencia de una enfermedad orgánica como el megacolon gangliónico (Q43.1) o la espina bífida (Q05). Hay que tener presente sin embargo que la encopresis puede acompañar o ser consecuencia de trastornos tales como una fisura anal o una infección gastrointestinal y
- b) estreñimiento que provoca un bloqueo fecal que tiene como consecuencia un rebosamiento fecal con deposición de heces líquidas o semilíquidas (K59.0). Si como ocurre en algunos casos la encopresis y el estreñimiento van unidos. En tales casos, debe usarse el código de la encopresis (y si es adecuado, con un código somático adicional para la causa del estreñimiento).

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. Suelen implicar un rechazo a la alimentación y representar variaciones extremadamente caprichosas de lo que es conducta alimentaria normal, que se llevan a cabo en presencia de la persona (de suficiente competencia) que cuida al niño.

Además hay ausencia de enfermedad orgánica. Puede acompañarse o no de rumiación (es decir, de regurgitación repetida sin náuseas o malestar gastrointestinal).

Pautas para el diagnóstico

Las dificultades menores en la alimentación son muy frecuentes en la infancia y la niñez (en forma de caprichos, supuesta falta o exceso de alimentación) y por sí mismos no deben ser considerados como indicativos de este trastorno. El trastorno se diagnosticará únicamente si su grado supera de un modo claro a la media normal, si las características del problema alimentario son cualitativamente anormales, o si el niño tiene una clara tendencia a ganar o perder peso en un período de al menos un mes.

Incluye: trastorno de rumiación en la infancia

Diagnóstico diferencial

Es importante tener en cuenta los siguientes diagnósticos:

- a) trastornos en los que el niño come bien con adultos distintos a los que habitualmente le cuidan
- b) enfermedad orgánica suficiente para explicar el rechazo a la comida
- c) anorexia nerviosa y otros trastornos de la conducta alimentaria ([F50](#))
- d) trastorno psiquiátrico más amplio
- e) pica ([F98.3](#)) y
- f) trastornos de la conducta alimentaria por malos tratos ([R63.3](#)).

F98.3 Pica en la infancia

Consiste en la ingestión persistente de sustancias no nutritivas (tierra, desconchones de la pintura, etc.). La pica 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. La categoría [F98.3](#) sólo cubre este último caso. El trastorno es más frecuente en los niños con retraso mental, el cual si estuviera presente, se codificará de acuerdo con [F70 F79](#). Sin embargo, la pica puede parecer en niños con inteligencia normal (generalmente niños pequeños).

F98.4 Trastornos de estereotipias motrices

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 reconocido. Cuando dichos movimientos tienen lugar como síntomas de otra alteración, solo se codificará la alteración principal. Los movimientos que no son de tipo agresivo son: balanceo corporal, balanceo de cabeza, arrancarse o retorcer el cabello, movimientos amanerados de los dedos y de las manos (la onicofagia, la succión del pulgar y la rinodactilomanía no están incluidos en este apartado, ya que no son indicadores válidos de psicopatología y no tienen suficiente importancia en salud pública como para justificar su clasificación). Las estereotipias autoagresivas toman la forma de cabezazos, bofetadas, hurgarse los ojos y morderse las manos, los labios u otras partes del cuerpo. Las estereotipias aparecen generalmente acompañadas de un retraso mental. En ese caso se deben codificar ambos trastornos.

El frotarse los ojos es especialmente frecuente en los niños con trastornos visuales. Sin embargo, los defectos visuales no son justificación suficiente y cuando aparecen autolesiones en los ojos y amaurosis (o amaurosis parcial) juntos, se codificarán ambos trastornos:

frotarse los ojos en el [98.4](#) y la afectación de la visión en el código del trastorno somático adecuado.

Excluye: trastornos de tics ([F95](#)) estereotipias que forman parte de un trastorno psiquiátrico más amplio (como trastorno generalizado del desarrollo) trastornos de la motilidad de origen orgánico (G20 G26) movimientos anormales involuntarios (R25.) trastorno obsesivo compulsivo ([F42](#)) tricotilomanía ([F63.3](#)) onicofagia, rinodactilomanía y succión del pulgar ([F98.8](#))

F98.5 Tartamudeo (espasmofemia)

Se trata de un trastorno del habla caracterizado por la frecuente repetición o prolongación de sonidos, sílabas o palabras o por frecuentes dudas o pausas que interrumpen el flujo rítmico del habla. Disritmias menores de este tipo son bastantes frecuentes transitoriamente en la primera infancia o como un rasgo menor pero persistente del habla en la infancia más tardía y en la vida adulta. Deben ser clasificadas como un trastorno únicamente cuando su gravedad afecta al lenguaje de un modo importante. Puede acompañarse de tics o de movimientos del cuerpo que coinciden en el tiempo con las repetidas prolongaciones o pausas del flujo del lenguaje. El tartamudeo debe diferenciarse del farfulleo (ver más adelante) y de los tics.

En algunos casos puede presentarse un trastorno del desarrollo del habla o del lenguaje, en cuyo caso debe codificarse por separado como [F80](#).

Excluye: trastornos de tics ([F95](#)) farfulleo ([F98.6](#)) trastornos neurológicos que producen disritmias del habla (capítulo VI de la CIE 10) trastorno obsesivo compulsivo ([F42](#))

F98.6 Farfuleo

Se trata de un trastorno caracterizado por un ritmo rápido del habla con interrupciones en la fluidez, pero sin repeticiones o indecisiones, de una gravedad que da lugar a un deterioro en la comprensión del habla. El habla es errática y disrítmica, con súbitos brotes espasmódicos que generalmente implican formas incorrectas de la construcción de las frases (por ejemplo alternancia de pausas y explosiones del habla dando lugar a la expresión grupos de palabras sin relación con la estructura gramatical de la oración).

Excluye: tartamudeo ([F98.5](#)) trastornos de tics ([F95](#)) trastornos neurológicos que provocan disritmias del habla (capítulo VI de la CIE 10) trastorno obsesivo compulsivo ([F42](#)).

F98.8 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o adolescencia.

Incluye: onicofagia rinodactilomanía succión del pulgar masturbación (excesiva) trastorno de déficit de atención sin hiperactividad.

F98.9 Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o adolescencia sin especificación.

F99 TRASTORNO MENTAL SIN ESPECIFICACION

Se trata de una categoría residual no recomendada, para cuando no pueda recurrirse a otro código del capítulo V ([F00-F98](#)).